



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

**PORTFÓLIO ACADÊMICO**

**JOICE APARECIDA BARBOSA  
JÚLSENNE TORRES DE CARVALHO COSTA  
MARIA EDUARDA ARAÚJO SOARES  
MARIANA VIEIRA VALADARES DE OLIVEIRA**

**LAVRAS - MG  
2025**

**JOICE APARECIDA BARBOSA**  
**JÚLSENNE TORRES DE CARVALHO COSTA**  
**MARIA EDUARDA ARAÚJO SOARES**  
**MARIANA VIEIRA VALADARES DE OLIVEIRA**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO: TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de odontologia do Centro Universitário de Lavras como parte das exigências requeridas para a graduação no curso.

**PROFESSORA**

Profa. Renata De Carvalho Foureaux

**LAVRAS - MG**  
**2025**

**UNILAVRAS**

Centro Universitário de Lavras

www.unilavras.edu.br



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

B238p      Barbosa, Joice Aparecida.  
Portfólio acadêmico / Joice Aparecida Barbosa, Júlsenne  
Torres de Carvalho Costa, Maria Eduarda Araujo Soares, Mariana  
Vieira Valadares de Oliveira. – Lavras: Unilavras. 2025.

89f.: il.

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

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

1. Manejo comportamental infantil. 2. Prótese total imediata.  
3. Trauma dentário em odontopediatria e restauração funcional  
estética. 4. Exodontia terceiros molares inferiores em relação  
intima com nervo alveolar inferior. I. Costa, Júlsenne Torres de  
Carvalho. II. Soares, Maria Eduarda Araujo. III. Oliveira,  
Mariana Vieira Valadares de. IV. Foureaux, Renata de  
Carvalho. ( Orient. ). V. Título.

**JOICE APARECIDA BARBOSA**  
**JÚLSENNE TORRES DE CARVALHO COSTA**  
**MARIA EDUARDA ARAÚJO SOARES**  
**MARIANA VIEIRA VALADARES DE OLIVEIRA**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO: TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de odontologia do Centro Universitário de Lavras como parte das exigências requeridas para a graduação no curso.

APRESENTADO EM: 26 de setembro de 2025

Banca examinadora:

ORIENTADORA: Prof. Renata de Carvalho Foureaux- Centro Universitário de Lavras

MEMBRO (A) DA BANCA

Prof. Me. Chrystiani Souza Paiva Capelli  
Prof. Me. Myrian Ribeiro Diniz de Rezende

## DEDICATÓRIA

Dedicamos este Trabalho de Conclusão de Curso, com profundo respeito e gratidão, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta etapa de nossas vidas se tornasse possível.

A Deus, fonte de toda sabedoria, por nos conceder força, coragem, saúde e serenidade ao longo desta jornada acadêmica. Sem sua presença constante em nossas vidas, não teríamos alcançado esta realização.

Aos nossos pais e familiares, pilares essenciais da nossa trajetória, que nos sustentaram com amor, paciência, conselhos e apoio incondicional, mesmo diante das dificuldades e da nossa ausência em momentos importantes. A vocês, nossa eterna gratidão por acreditarem em nosso potencial e por caminharem ao nosso lado com tanto carinho e dedicação.

Aos nossos professores, que compartilharam conhecimento com excelência, nos inspirando a cada dia. A cada ensinamento transmitido, vocês deixaram uma marca significativa em nossa formação.

Aos colegas de curso, pela convivência, pelas trocas, pelas parcerias e aprendizados mútuos, que tornaram nossa jornada acadêmica mais leve, rica e significativa.

Este TCC é dedicado a todos vocês que fizeram parte da nossa caminhada. Que ele represente não apenas uma conquista acadêmica, mas também um agradecimento sincero e profundo por todo apoio, incentivo e amor recebidos.

Sem vocês nada disso seria possível.

## AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui foi desafiador, mas também foi uma das experiências mais transformadoras das nossas vidas.

Agradecemos primeiramente a Deus, por ter nos sustentado em cada passo, em cada momento e em cada conquista. Em cada detalhe somos gratas, principalmente por não ter nos deixado desistir e por nos guiar em tudo.

Aos nossos pais, nosso amor e gratidão eterna. Sem o apoio, paciência e amor de vocês nada disso seria possível. Obrigada por acreditarem em nós, mesmo quando duvidamos de nós mesmas. Obrigada por cada gesto de cuidado, por cada palavra de apoio e por nunca medirem esforços para nos ver realizar este sonho.

Estendemos este agradecimento aos nossos familiares e amigos, suas palavras de incentivo, orações e gestos de carinho nos fortaleceram nessa etapa. Cada momento de apoio tornou tudo mais fácil.

À nossa orientadora, Profa. Renata de Carvalho Foureaux, nossa admiração e respeito. Sua dedicação e olhar atento fizeram toda a diferença nesse trabalho.

Aos professores e funcionários da faculdade, nosso sincero agradecimento, por cada ensinamento, palavras de incentivo, puxões de orelha, foram esses momentos que nos moldaram para sermos as profissionais que somos. Levaremos com carinho para onde quer que a gente vá.

Aos colegas que viraram amigos, obrigada por dividirem tantos momentos juntos, dos mais leves aos mais difíceis. Nossa eterna gratidão por cada momento vivido, ficará marcado para sempre.

E com um carinho especial, agradecemos aos nossos pacientes. Foi com vocês que entendemos, na prática, o que significa cuidar com responsabilidade e empatia.

Esse TCC é mais que um trabalho: é a soma de todos os que estiveram ao nosso lado.

Com gratidão,

Joice, Júlsenne, Maria Eduarda e Mariana.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - – Técnica Diga-Mostre-Faça aplica à instrução de higiene oral. ....	17
Figura 2 - Técnica de Distração aplicada ao desenho.....	18
Figura 3 – Primeira visita ao consultório odontológico como técnica de familiarização. ....	19
Figura 4 - Técnica de atividade lúdica por meio da expressão artística .....	20
Figura 5 – Paciente com “lembrancinha” que foi entregue como recompensa pela colaboração durante o atendimento. ....	21
Figura 6 - Avaliação inicial.....	23
Figura 7 - Montagem da mesa cirúrgica.....	24
Figura 8 - Aplicação do anestésico tópico, com suporte psicológico contínuo para acalmar o paciente.....	25
Figura 9 – Momento de diálogo com o paciente antes da anestesia injetável. ....	25
Figura 10 - Aplicação do anestésico na região dos incisivos centrais superiores .....	26
Figura 11 - Complementação anestésica na região do palato.....	26
Figura 12 - Pinçamento da linha muco gengival com pressão precisa sobre o rebordo alveolar para delimitação da área de incisão. ....	27
Figura 13 - Incisão com bisturi ao longo da pinça hemostática, tocando o rebordo alveolar para completa desinserção das fibras.....	27
Figura 14 - Incisão do freio labial com bisturi, seguida de cunha por palatina e repetição do processo no lado oposto.....	28
Figura 15 - Remoção do freio labial. ....	28
Figura 16 - Curetagem.....	29
Figura 17 - Divulsão dos tecidos com tesoura.....	29
Figura 18 - Escolha de fio absorvível. ....	30
Figura 19 - Início da sutura pelo centro da incisão para estabilização.....	30
Figura 20 - Resultado final da sutura .....	31
Figura 21 - Escolha do cimento cirúrgico para proteção da ferida.....	31
Figura 22 - Manuseio e preparação do cimento cirúrgico.....	32
Figura 23 - Aplicação do cimento sobre a área operada .....	32
Figura 24 - Resultado do procedimento. ....	33
Figura 25 - Radiografia panorâmica do paciente.....	36

Figura 26 - Radiografias periapicais. Raíz residual dente 16, dente 15, raiz residual dente 14, dente 13 (B) Dente 23 (C) Dentes 46, 47 (D) Dentes 43, 44 (E) Dentes 37, 35, 34 e 33 (F) Dentes 38, 37.....	36
Figura 27 - Periograma gerado pelo aplicativo Periotoools.....	38
Figura 28 - Imagem clínica da situação inicial do paciente.....	39
Figura 29 - Reprodução negativa das arcadas superior e inferior.....	40
Figura 30 - Modelo de estudo da arcada inferior do paciente.....	40
Figura 31 - Ajuste do rolete de cera e marcação das linhas de orientação.....	41
Figura 32 - (A) Registro de mordida. (B) Mesa para tomada do arco facial. (C) Tomada do arco facial.....	42
Figura 33 - Escolha de cor dos dentes e comparação do valor nas cores. ....	42
Figura 34 - Modelos montados em ASA com base de prova e rolete de cera superior.....	44
Figura 35 - Prova dos dentes em cera.....	44
Figura 36 - ASA com base de prova, rolete de cera e dentes. ....	44
Figura 37 - Exodontia dos dentes superiores e remoção de freio labial. ....	45
Figura 38 - Dentes e raízes superiores.....	45
Figura 39 - Prescrição pós cirúrgica.....	47
Figura 40 - Prótese total imediata pronta para a instalação no paciente .....	47
Figura 41 - Resina para reembasamento. ....	48
Figura 42 - Ajuste oclusal pós cirurgia.....	48
Figura 43 - Paciente pós cirurgia com prótese superior instalada.....	48
Figura 44 - Moldagem da prótese total superior (superiores) e pós-vazamento do gesso (inferior). ....	49
Figura 45 - Arco facial e articulador semi-ajustável. ....	50
Figura 46 - Prótese total imediata inferior .....	50
Figura 47 - Procedimento cirúrgico de exodontia dos dentes inferiores. Mesa cirúrgica (B) Aplicação da anestesia (C) Dentes remanescentes lado direito (D) Avulsão de dente com fórceps (E) Alvéolos pós curetagem (F) Suturas em X.....	51
Figura 48 - Receituário pós operatório. ....	53
Figura 49 - Paciente com as próteses superior e inferior instaladas. ....	53
Figura 50 - Situação inicial do Paciente.....	56
Figura 51- Anestésico utilizado no tratamento. ....	57
Figura 52 - Periapical inicial do elemento 21.....	57
Figura 53 - Isolamento absoluto do elemento 21.....	59

Figura 54 - Ácido fosfórico a 35%.....	60
Figura 55 - Biocal aplicado na parede pulpar .....	60
Figura 56 – A esquerda reconstrução da dentina. A direita resina Filtek Z350 Body A1 .....	61
Figura 57 - A esquerda reconstrução da camada de esmalte. A direita resina Filtek Z250 XTA1. .....	61
Figura 58 – Resultado imediato após restauração.....	62
Figura 59 - Resultado clínico após acabamento e polimento.....	62
Figura 60 – Resultado clínico final. ....	62
Figura 61 – Radiografia periapical de controle.....	63
Figura 62 - Radiografia panorâmica.....	65
Figura 63 - Cortes transaxiais acompanhado do laudo tomográfico.....	66
Figura 64 - Degermação das mãos.....	67
Figura 65 - Luvas Estéreis.....	68
Figura 66 - Montagem da mesa clínica .....	69
Figura 67 - Anestesia BNAI através da técnica indireta. ....	70
Figura 68 - Incisão de Maruel. ....	71
Figura 69 - Momento do descolamento.....	72
Figura 70 -Visualização de osso após descolamento.....	72
Figura 71 - Execução da osteotomia e o emprego da alta rotação para o desgaste ósseo.....	73
Figura 72 - Alavanca reta usada na luxação do dente.....	74
Figura 73 - Exérese com o fórceps mandibular nº17. ....	75
Figura 74 - Movimentos vestibulolinguais realizados pelo fórceps.....	76
Figura 75 - Dente extraído. ....	76
Figura 76 - Momento da sutura.....	77
Figura 77 - Prescrição medicamentosa.....	78
Figura 78 - Recomendações pós-operatórias. ....	79

## LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

ABNT- Associação Brasileira de Normas Técnicas

ASA- Articulador Semi- Ajustável

BNAI- Bloqueio de Nervo Alveolar Inferior

CFO- Conselho Federal de Odontologia

CRO- Conselho Regional de Odontologia

EAP- Equipe de Atenção Primária

FACREDENTRO- Faculdade Regional de Rondonópolis

HAS- Hipertensão Arterial Sistmica

MEC- Ministério da educação

MG- Minas Gerais

OMS- Organização Mundial da Saúde

PCN- Parâmetros Curriculares Nacionais

PDI- Plano de desenvolvimento Institucional

PPP- Projeto Político- Pedagógico

S<sub>≥</sub> - Profundidade de sondagem periodontal

TCC- Trabalho de Conclusão de Curso

UNILAVRAS- Centro Universitário de Lavras

WHO- World Health Organization

## Sumário

1	INTRODUÇÃO .....	13
2	DESENVOLVIMENTO .....	14
2.1	Desenvolvimento das atividades desenvolvidas pela aluna Joice Aparecida Barbosa.....	14
2.1.1	Introdução ao caso clínico.....	14
2.1.2	Apresentação.....	14
2.1.3	Desenvolvimento das atividades: Manejo comportamental em odontopediatria – estratégias para o sucesso no atendimento infantil.....	15
2.1.4	Técnica diga-mostre-faça.....	16
2.1.5	Distração .....	17
2.1.6	Familiarização.....	18
2.1.7	Atividades lúdicas.....	19
2.1.8	Reforço positivo.....	20
2.1.9	Desenvolvimento de Caso Clínico – Frenectomia labial superior com enfoque clínico e comportamental.....	22
2.2	Desenvolvimento das atividades desenvolvidas pela aluna Júlsenne Torres de Carvalho Costa.....	34
2.2.1	Apresentação.....	34
2.2.2	Desenvolvimento da atividade: Reabilitação oral por meio de prótese total imediata – estratégia clínica para a devolução da estética e da função.....	35
2.3	Desenvolvimento das atividades desenvolvidas pela aluna Maria Eduarda Araújo Soares .....	54
2.3.1	Apresentação.....	54
2.3.2	Desenvolvimento das atividades: Trauma dentário em odontopediatria – tratamento restaurador estético em atendimento de urgência .....	55
2.4	Desenvolvimento das atividades desenvolvidas pela aluna Mariana Vieira Valadares de Oliveira.....	64
2.4.1	Apresentação.....	64
2.4.2	Desenvolvimento das atividades Exodontia de terceiro molar semi-incluso com relação íntima ao nervo alveolar inferior – abordagem cirúrgica.....	65
2.4.3	Descrição do procedimento cirúrgico .....	69
2.4.4	Prescrição pós-operatória .....	77
2.4.5	Pós-operatório .....	79
2.5	AUTOAVALIAÇÃO.....	80
2.5.1	Autoavaliação da aluna Joice Aparecida Barbosa.....	80
2.5.2	Autoavaliação da aluna Júlsenne Torres de Carvalho Costa .....	81
2.5.3	Autoavaliação da aluna Maria Eduarda Araújo Soares.....	81
2.5.4	Autoavaliação da aluna Mariana Vieira Valadares de Oliveira.....	82



## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido com o intuito de aplicar os conhecimentos adquiridos no decorrer da graduação em odontologia, fazendo a relação entre teoria e prática através das experiências clínicas. A escolha do tema reflete o interesse em aprofundar diversas áreas da profissão e destaca a importância da formação acadêmica.

A aluna Joice Aparecida Barbosa redigiu este TCC a respeito de uma análise integrada entre o comportamento infantil e a prática cirúrgica, dessa forma contribuindo para o aprimoramento do atendimento humanizado na Odontopediatria.

A aluna Júlsenne Torres de Carvalho Costa redigiu este TCC o relato de um caso clínico a respeito de uma prótese total imediata superior e inferior realizada na clínica integrada III e IV com múltiplas extrações dentárias

A aluna Maria Eduarda Araújo Soares redigiu neste TCC o relato de um caso clínico sobre fratura coronária ocorrido por um trauma na clínica de urgência infantil. Ressaltando a importância do manejo de comportamento, devido à situação de estresse gerado ao paciente e aos pais. E salientando a importância da técnica restauradora adequada. Após a reconstrução da coroa clínica e de todos os procedimentos, foi possível devolver a função e estética para o paciente.

A aluna Mariana Vieira Valadares de Oliveira redigiu este TCC acerca de um caso clínico cirúrgico de exodontia de um terceiro molar esquerdo semi incluso com proximidade ao nervo alveolar inferior.

Dessa forma, os trabalhos relatados neste portfólio buscam não apenas retratar as experiências clínicas, mas também destacar a importância da integração entre a teoria e a prática no processo de graduação e formação profissional. É cabível observar, que a diversidade dos temas que foram escolhidos demonstra a amplitude da odontologia, além de evidenciar a contribuição e a construção de um atendimento cada vez mais humanizado, técnico e qualificado.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 Desenvolvimento das atividades desenvolvidas pela aluna Joice Aparecida Barbosa

#### 2.1.1 Introdução ao caso clínico

Para muitas crianças, ir ao dentista parece um verdadeiro filme de terror cadeiras enormes que se movem sozinhas, instrumentos que fazem barulhos assustadores e um adulto de jaleco branco com gorro e máscara, não é surpresa que algumas queiram sair correndo! Mas e se o consultório fosse um lugar mais divertido, onde o vilão (dentista) se transforma em herói e a broca em varinha mágica contra as cáries?

A odontopediatria pode ser considerado uma arte circense: o dentista precisa ser psicólogo, um pouco mágico e, às vezes, até um contador de história para conquistar a confiança dos pequenos. Entre brincadeiras, reforços positivos e distração, existem diversas técnicas para evitar que a consulta vire um verdadeiro drama e sofrimento.

Os pais também têm um papel importante, afinal, se eles chegarem dizendo “fica quietinho senão o dentista vai arrancar todos os seus dentes!”, a criança já entra no consultório em modo de sobrevivência. Criar um ambiente acolhedor e sem sustos é essencial, formar pacientes confiantes e sem medo começa na infância.

Neste trabalho de conclusão de curso, serão exploradas as principais técnicas de manejo comportamental utilizada na odontopediatria, destacando como elas influenciam a experiência da criança e contribuem para uma relação mais positiva com a odontologia através de uma análise integrada entre comportamento infantil e a intervenção.

#### 2.1.2 Apresentação

Meu nome é Joice Aparecida Barbosa, tenho 22 anos e sou natural de Ijaci, MG. Sou filha de Carlos e Márcia, e tenho uma irmã mais velha, Jéssica. Minha família sempre foi essencial na construção da mulher que sou hoje.

Quando criança, meu sonho era ser secretária; achava essa profissão incrível. No entanto, conforme fui crescendo, comecei a me interessar por diversas carreiras. Em determinado momento, pensei em ser policial rodoviária federal, mas esse sonho parecia distante devido à preocupação da minha família. Outra área que despertou meu interesse foi

engenharia elétrica, no entanto, a indisponibilidade do curso em minha região inviabilizou essa escolha.

Passei por várias fases de indecisão até chegar ao meu último ano do ensino médio, em 2020. Na época, meu pai me deu a oportunidade de entrar em um cursinho para seguir medicina, mas essa nunca foi uma área que realmente me encantou. Com a chegada da pandemia, tudo ficou ainda mais difícil, e esse período se tornou um momento de grande reflexão sobre o que eu realmente queria para minha vida. Foi então que me encantei pela tatuagem. Sempre amei desenhar e admirava os significados por trás de cada arte. No entanto, minha família sempre valorizou a necessidade de cursar uma faculdade.

No final de 2020, minha irmã inaugurou sua primeira clínica odontológica, justamente no período do vestibular do Unilavras. Esse momento foi decisivo para mim, pois recebi muitos conselhos da família para considerar a área odontológica. Durante esse tempo, tive bastante contato com meu cunhado, que é protético, e isso despertou meu interesse em seguir a mesma profissão da minha irmã, especialmente na área de prótese.

Em 2021, ingressei na faculdade de Odontologia. Os dois primeiros anos foram muito desafiadores, principalmente por vir de uma escola pública, onde tudo parecia muito novo para mim. Tive noites mal dormidas, momentos de insegurança e muito choro. No entanto, ao longo da jornada, conheci pessoas incríveis que tornaram essa caminhada mais leve. Atualmente, percebo que encontrei meu caminho profissional na odontologia. Cada experiência e aprendizado me fazem sentir realizada e grata pelas escolhas que fiz. Acredito que Deus me deu a oportunidade de aprender, crescer e desenvolver o dom de ajudar o próximo, e sou imensamente feliz por isso.

### 2.1.3 Desenvolvimento das atividades: Manejo comportamental em odontopediatria – estratégias para o sucesso no atendimento infantil

A escolha por um tema relacionado à Odontopediatria surgiu desde o primeiro momento em que pisei na Clínica Infantil. Foi ali que tive total certeza de que esse seria o foco do meu trabalho de conclusão de curso. Ainda indecisa sobre qual aspecto abordar dentro dessa área, encantei-me com a maneira como lidamos com as crianças, exercendo paciência e empatia ao tratar um ser humano ainda imaturo.

Para contextualizar, é importante mencionar que a Odontopediatria surgiu em 1923, quando dentistas norte-americanos se uniram para estudar a odontologia infantil. No entanto, a especialidade só foi oficializada em 1949. Vale ressaltar que a Odontopediatria não se limita ao

cuidado com crianças que já possuem dentes, mas também abrange a saúde bucal dos bebês desde a gestação, orientando os pais sobre os primeiros cuidados.

Ademais, é fundamental destacar que o comportamento das crianças durante o atendimento odontológico pode influenciar, diretamente a eficácia do tratamento. Segundo um estudo realizado por Silva et al. (2020), estratégias de manejo comportamental, como distração e reforço positivo, foram mais eficazes do que o uso de medicamentos como o Diazepam para lidar com crianças não colaborativas. O estudo revelou que, enquanto o medicamento teve resultados limitados, já as abordagens psicológicas demonstraram ser mais eficazes no controle da ansiedade e resistência, mostrando a importância de preparar as crianças para o tratamento desde as primeiras consultas. Isso ressalta a relevância de métodos adequados de manejo no consultório odontológico, garantindo uma experiência mais tranquila para o paciente e, conseqüentemente, um tratamento mais eficaz.

O manejo adequado do comportamento infantil é um dos principais desafios na prática odontopediátrica. Diversas técnicas foram desenvolvidas para facilitar o tratamento odontológico das crianças, o que reduz o medo e aumenta a colaboração durante os procedimentos, citarei a seguir as principais técnicas descritas na literatura e descreverei experiências vivenciadas onde essas abordagens foram utilizadas em crianças que atendi na clínica de Odontopediatria.

#### 2.1.4 Técnica diga-mostre-faça

A técnica *diga-mostre-faça* é amplamente utilizada na odontopediatria para instrução de higiene oral, pois permite que a criança compreenda o procedimento de forma gradual e interativa. Durante um atendimento clínico realizado na Clínica Odontológica Do Unilavras, uma paciente do sexo feminino, com 6 anos de idade, apresentava sinais evidentes de muito medo e ansiedade. Para contornar essa situação, utilizei a técnica Diga-Mostre-Faça. Inicialmente, expliquei de forma simples de como seria a escovação (Diga). Em seguida, demonstrei a técnica utilizando um manequim de demonstração fornecido pela faculdade (Mostre). Por fim, incentivei a própria paciente a repetir o procedimento em si mesma (Faça). A aplicação dessa abordagem contribuiu significativamente para a redução da ansiedade, permitindo maior colaboração da criança durante o atendimento, como ilustra a (Figura 1).

Figura 1 - Técnica Diga-Mostre-Faça aplica à instrução de higiene oral.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

#### 2.1.5 Distração

A distração é uma estratégia amplamente utilizada, que consiste em desviar a atenção da criança para minimizar o desconforto do tratamento. Essa técnica pode ser utilizada por meio de histórias, músicas ou brinquedos, ajudando a criança a relaxar e a não focar no procedimento odontológico (Lima et al., 2021).

Aqui cito um exemplo da aplicação da técnica Distração, entre as diversas formas dessa técnica, o desenho se destaca como uma ferramenta eficaz para reduzir a ansiedade e tornar a experiência no consultório mais agradável. Durante um atendimento na Clínica Odontológica do Unilavras, uma paciente do sexo feminino, 6 anos de idade, apresentou inquietação e medo do local, enquanto eu fazia a anamnese com a sua responsável. Para distraí-la, foram propostos um balão e uma caneta permanente para que ela desenhasse enquanto aguardava o início do procedimento. Essa atividade a deixou mais calma e permitiu uma comunicação mais leve e divertida, facilitando o vínculo e atendimento, como ilustrado na (Figura 2).

Figura 2 - Técnica de Distração aplicada ao desenho.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

#### 2.1.6 Familiarização

É uma técnica que permite que a criança se acostume com o ambiente odontológico antes do início do tratamento. A visita prévia ao consultório e a interação com os instrumentos odontológicos de forma lúdica reduzem o medo e a ansiedade da criança, tornando-a mais receptiva ao atendimento (Lima et al., 2021).

Mostro outro exemplo da aplicação da técnica Familiarização, paciente do sexo feminino, 3 anos, compareceu a Clínica Odontológica do Unilavras para primeira consulta. Antes de iniciar a consulta, ela conheceu o consultório e tudo proposto naquele ambiente. Durante a anamnese e conversa com o responsável, dei-lhe um balão. Esse momento lúdico foi essencial para reduzir a ansiedade e prepará-la para os atendimentos seguintes, como ilustra a (Figura 3):

Figura 3 – Primeira visita ao consultório odontológico como técnica de familiarização.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

#### 2.1.7 Atividades lúdicas

O uso de atividades lúdicas, como jogos e brincadeiras, também é uma forma eficaz de promover um atendimento mais agradável. Essas atividades ajudam a criar uma associação positiva entre o ambiente odontológico e experiências divertidas (Lima et al., 2021).

Por exemplo, paciente sexo feminino, 7 anos, compareceu a Clínica Odontológica do Unilavras, encaminhada de outro consultório devido à resistência ao tratamento odontológico. Durante o atendimento busquei estabelecer uma comunicação acolhedora, utilizando conversa, demonstração e interação constante, com o objetivo de proporcionar um tratamento humanizado e livre de sofrimento. Durante o atendimento, em determinado momento, a paciente mencionou que gostava muito de desenhar. Aproveitei dessa informação, solicitei que ela fizesse um desenho de algo que ela apreciava muito. Essa abordagem tornou o ambiente mais leve, contribuiu para o fortalecimento do vínculo profissional-paciente e proporcionou maior segurança durante o atendimento, resultando na realização bem-sucedida, do tratamento, como ilustra a (Figura 4):

Figura 4 - Técnica de atividade lúdica por meio da expressão artística.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

#### 2.1.8 Reforço positivo

O reforço positivo é uma técnica que enaltece comportamentos desejados com elogios ou pequenas recompensas, incentivando a criança a repetir essas ações, durante futuras consultas (Lima et al., 2021).

Por exemplo, paciente do sexo masculino de 6 anos de idade, compareceu a Clínica Odontológica do Unilavras, para atendimento. Durante o atendimento foi notada uma certa dificuldade do paciente em manter a boca aberta, fui elogiando cada esforço dele com frases como “você está indo muito bem” e “parabéns pela coragem”. Ao final, recebeu uma lembrancinha pela colaboração. O comportamento da criança melhorou progressivamente nas consultas seguintes, como ilustra a (Figura 5):

Figura 5 – Paciente com “lembrancinha” que foi entregue como recompensa pela colaboração durante o atendimento.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Essas estratégias, quando aplicadas de maneira adequada, contribuem significativamente para a eficácia do tratamento odontopediátrico, promovendo uma experiência mais tranquila e colaborativa para as crianças.

Além das estratégias mencionadas, é fundamental destacar que o sucesso do manejo comportamental na odontopediatria depende da capacidade do profissional de adaptar as técnicas às necessidades específicas de cada paciente. Segundo Souza et al. (2022), a abordagem personalizada pode fazer toda a diferença na resposta da criança ao tratamento. A habilidade do dentista em escolher a técnica mais apropriada, levando em consideração fatores como idade, histórico de tratamentos anteriores e níveis de ansiedade, contribui diretamente para o sucesso da consulta.

Outro ponto importante é a relação de confiança estabelecida entre o profissional e a criança. Como destacam Souza et al. (2022), o vínculo afetivo criado no início do tratamento pode melhorar significativamente a cooperação do paciente.

Porém, essas técnicas não devem ser aplicadas de maneira isolada. Dessa forma, é evidente que a odontopediatria exige uma abordagem holística, na qual o manejo comportamental e o uso de técnicas específicas são fundamentais para proporcionar uma experiência odontológica bem-sucedida. O papel do profissional, que deve ser capaz de criar um ambiente acolhedor e seguro, é essencial para que a criança se sinta à vontade e compreenda a importância dos cuidados com a saúde bucal.

O sucesso do manejo comportamental na odontopediatria exige mais do que a aplicação de técnicas padronizadas, exige empatia, observação atenta e a capacidade do profissional de adaptar sua conduta conforme a necessidade individual de cada paciente (Lima et al., 2023). Técnicas como Diga-Mostre-Faça, distração, familiarização, atividades lúdicas e reforço positivo demonstraram-se eficazes na redução da ansiedade e na promoção da colaboração durante o atendimento odontológico (Santos, 2022).

O envolvimento dos pais ou responsáveis também é um fator determinante para o sucesso do atendimento. Segundo estudo de Melo (2023), atitudes negativas por parte dos responsáveis, como ameaças ou demonstração de ansiedade, podem interferir diretamente no comportamento da criança, intensificando o medo e dificultando o vínculo com o dentista. Por isso, é essencial orientar os pais quanto à postura adequada durante as consultas, incentivando-os a participar de forma positiva e tranquila.

A seguir, será descrito um caso clínico de cirurgia de frenectomia realizada na clínica de odontopediatria, na qual foi necessário o uso de técnicas de manejo comportamental devido à falta de colaboração do paciente e ao medo excessivo criado pelos próprios familiares.

#### 2.1.9 Desenvolvimento de Caso Clínico – Frenectomia labial superior com enfoque clínico e comportamental.

Durante a prática clínica em odontopediatria, fui responsável pelo atendimento de um paciente do sexo masculino, com 8 anos de idade, que apresentava um freio labial superior de inserção baixa e espesso, causando diastema interincisal e comprometendo tanto a estética quanto a função (figura 6).

A frenectomia labial é indicada em caso de frênulo com inserção baixa ou espesso, que causam diastema persistente, dificultando a higiene bucal, provocam retrações gengivais ou comprometem a estética do sorriso. Nesses casos, o procedimento cirúrgico pode prevenir problemas periodontais e contribuir para o sucesso ortodôntico e estético. No entanto, a cirurgia é contraindicada quando o diastema é considerado fisiológico, como em crianças pequenas, nas quais há possibilidade de fechamento espontâneo com a erupção dos caninos permanentes, ou quando os frênulos não comprometem funções orais e nem estéticas. Pacientes com condições médicas que contraindicam procedimentos cirúrgicos também devem ser avaliados com cautela (Silva et al., 2022).

Diante disso, percebi que, antes de qualquer abordagem cirúrgica, seria necessário investir no vínculo de confiança com o paciente e sua família. Nas primeiras consultas, utilizei

técnicas de familiarização, permiti que ele conhecesse os instrumentos de forma lúdica, e realizei atendimentos simples com o uso constante de reforço positivo. Frases como “você está indo muito bem” e “estou muito orgulhosa de você” foram utilizadas com frequência, o que gerou um aumento progressivo na colaboração dele.

Nas semanas que antecederam a frenectomia, conversei com os responsáveis sobre a importância de manter uma postura calma e transmitir segurança ao filho. Expliquei com linguagem acessível os benefícios do procedimento e os tranquilizei quanto à anestesia e ao pós-operatório. Isso foi essencial para que o paciente se sentisse mais seguro.

No dia da cirurgia, foi iniciado com uma conversa acolhedora, reforçando tudo que já havia sido combinado. Apliquei a técnica “Diga-Mostre-Faça”, mostrando o instrumental de forma não ameaçadora e explicando passo a passo o que iria acontecer. Durante a anestesia, mantive o contato visual e verbal com a criança, respeitando seu tempo e oferecendo suporte emocional constante.

Durante a execução da frenectomia, mantive o paciente calmo com comunicação contínua, sempre explicando o que estava sendo feito em linguagem simples. A cada etapa finalizada, reforça-se positivamente sua colaboração.

Figura 6 - Avaliação inicial.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Antes da chegada do paciente foi realizada o preparo da mesa cirúrgica com todos os instrumentos necessários (figura 7)

Figura 7 - Montagem da mesa cirúrgica.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Em seguida foi realizada a anestesia infiltrativa na região distal dos incisivos centrais superiores, com complementação da anestesia no palato. Anteriormente, o anestésico tópico Benzotop foi aplicado. Nessa etapa, foi essencial adotar uma abordagem comportamental, aplicando previamente as técnicas de familiarização e reforço positivo como já realizados em consultas anteriores. Os pais também foram orientados a utilizar reforços positivos com a criança, o que contribuiu significativamente para seu preparo emocional. Além disso, o procedimento anestésico foi explicado de forma clara e acessível, destacando os benefícios da intervenção, o que ajudou a reduzir a ansiedade e aumentar a colaboração do paciente durante a aplicação da anestesia (figuras de 8, 9, 10 e 11).

O anestésico de eleição, foi a lidocaína 2% com epinefrina (1:000.000) é amplamente recomendada para uso em odontopediatria, sendo considerada segura e eficaz para procedimentos clínicos em crianças. Estudos apontam que essa formulação apresenta baixo risco de reações adversas, boa difusão tecidual e tempo de ação adequado, proporcionando conforto ao paciente pediátrico e facilitando o manejo clínico (Mohammed et al., 2014; EAP Goiás, 2023.).

Figura 8 - Aplicação do anestésico tópico, com suporte psicológico contínuo para acalmar o paciente.



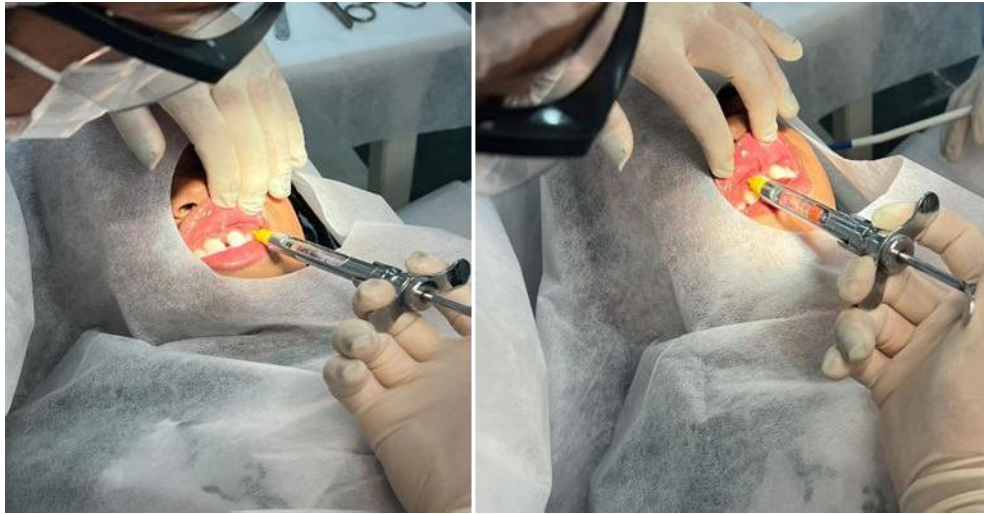
Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 9 – Momento de diálogo com o paciente antes da anestesia injetável.



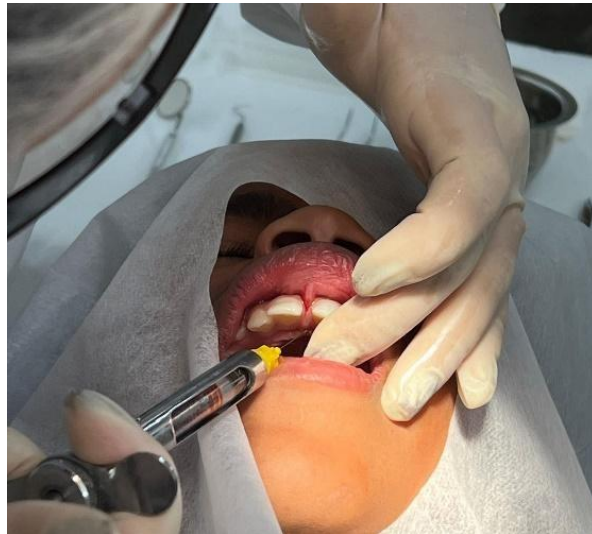
Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 10 - Aplicação do anestésico na região dos incisivos centrais superiores



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

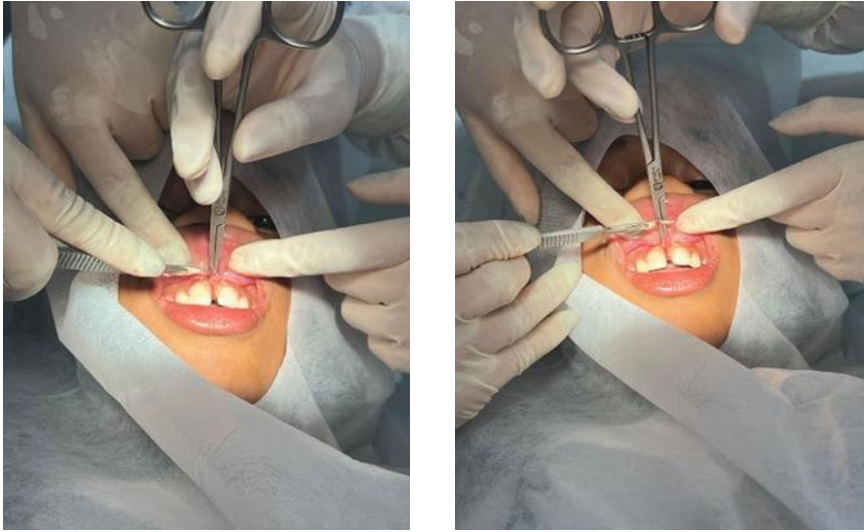
Figura 11 - Complementação anestésica na região do palato.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

A cirurgia foi dividida em parte, primeiro foi realizado o pinçamento da linha muco gengival com a pinça hemostática, foi feita em sequência uma pressão contra o rebordo alveolar, de forma precisa e rente à mucosa, delimitando a área a ser incisada. Como mostra a (figura 12).

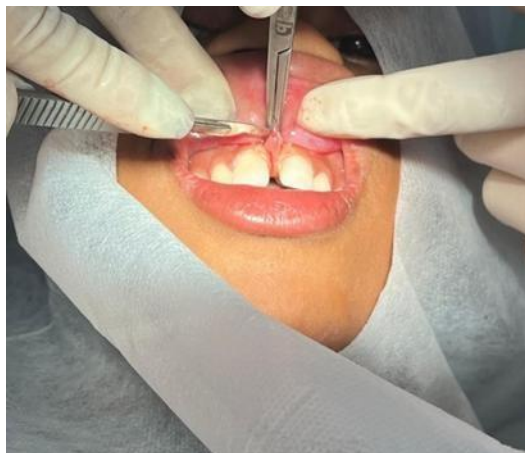
Figura 12 - Pinçamento da linha muco gengival com pressão precisa sobre o rebordo alveolar para delimitação da área de incisão.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

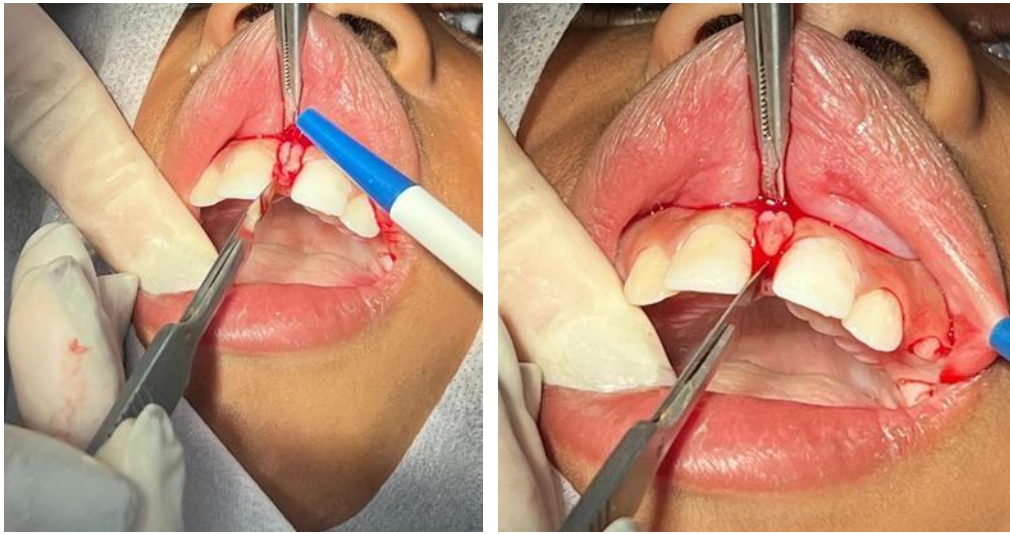
Logo após, foi realizada a incisão com o bisturi rente a pinça. O bisturi, foi posicionado e deslizado cuidadosamente ao longo da pinça hemostática, com a lâmina direcionada até o rebordo alveolar, tocando a superfície óssea para garantir a completa desinserção das fibras dos freios. Em sequência foi realizado a incisão do freio labial com o bisturi. O bisturi é conduzido paralelamente ao freio labial, em seguida foi feito uma cunha por palatina e repetido o mesmo processo ao outro lado (figura 13 e 14).

Figura 13 - Incisão com bisturi ao longo da pinça hemostática, tocando o rebordo alveolar para completa desinserção das fibras.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 14 - Incisão do freio labial com bisturi, seguida de cunha por palatina e repetição do processo no lado oposto.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Foi realizado a remoção completa do freio labial após incisões bilaterais, garantindo desinserção das fibras, como ilustra a (figura 15).

Figura 15 - Remoção do freio labial.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Posteriormente, foi feita a curetagem com instrumental Holleback para rompimento das fibras e fechamento do diastema (figura 16).

Figura 16 - Curetagem



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Para a divulsão dos tecidos com tesoura (figura 17). Houve a penetração com a tesoura fechada, e progressivamente foi sendo aberta com o objetivo de promover relaxamento das fibras, evitando tensão e repuxamento da mucosa.

Figura 17 - Divulsão dos tecidos com tesoura.

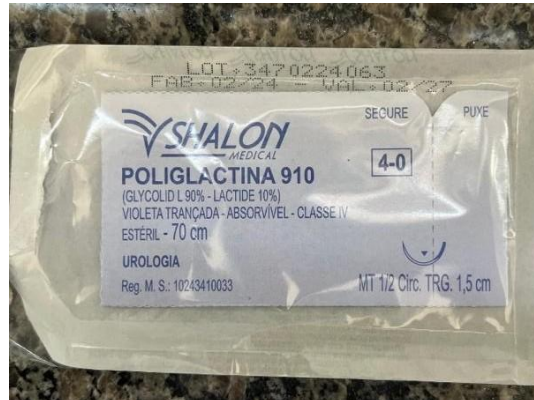


Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Suturas absorvíveis, como o ácido poliglicólico (PGA), demonstraram menor acúmulo bacteriano e resposta inflamatória reduzida em comparação com suturas não absorvíveis (Faris et al., 2022). Sendo assim, optamos pelo uso de fio absorvível por se tratar de uma alternativa mais confortável para o paciente, eliminando a necessidade de remoção posterior dos pontos

(figura 18). Essa escolha reduz o risco de trauma adicional, facilita o processo de cicatrização e contribui para uma experiência pós-operatória mais tranquila, especialmente em crianças que podem apresentar resistência a retornos clínicos apenas para remoção da sutura.

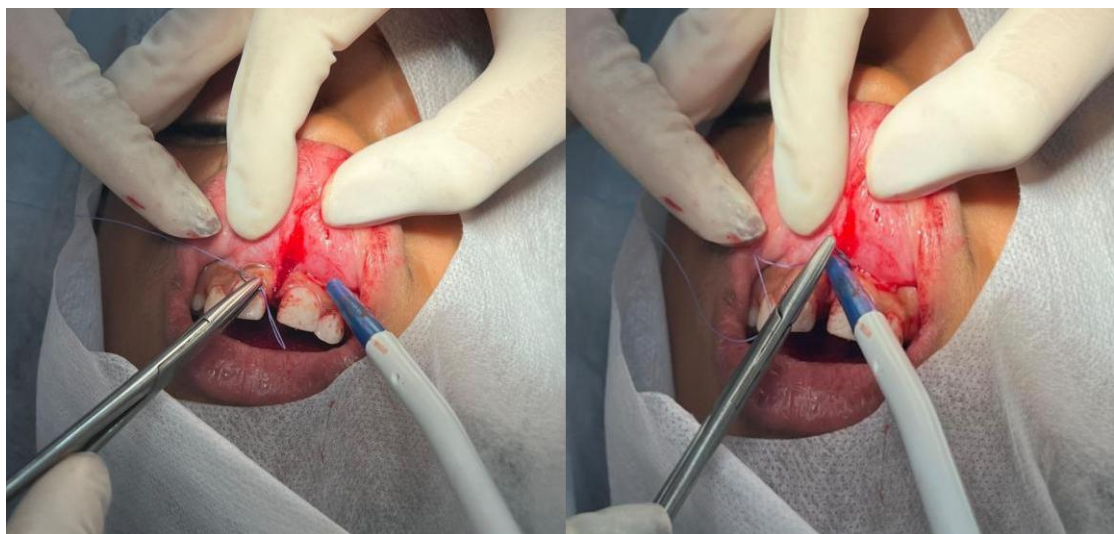
Figura 18 - Escolha de fio absorvível.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

O início da sutura foi pelo centro da incisão para melhor estabilização, a técnica utilizada foi ponto simples, visando a todo momento cuidados para garantir que não houvesse tensão nos pontos e respeitando a anatomia local, o que favorece a cicatrização adequada e minimiza complicações pós-operatórias (figura 19 e 20) (Rossi et al., 2020; Silva e Pereira, 2021).

Figura 19 - Início da sutura pelo centro da incisão para estabilização.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 20 - Resultado final da sutura.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

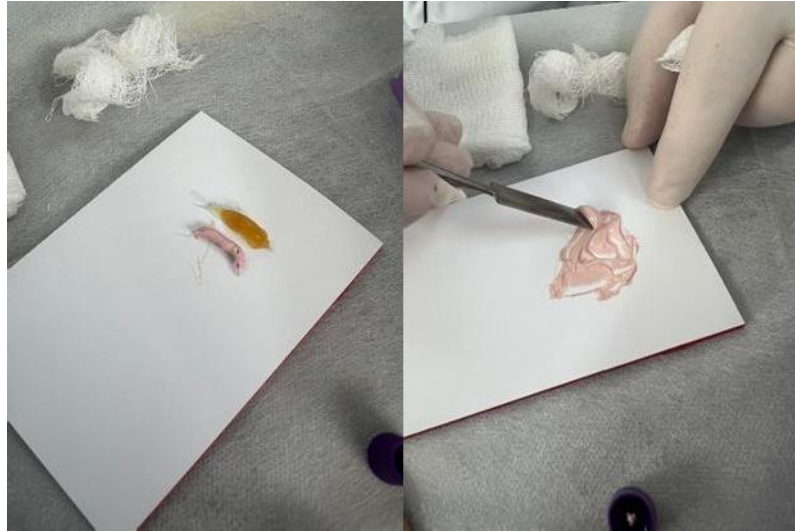
O cimento cirúrgico foi utilizado com o objetivo de proteger a área operada, proporcionando conforto ao paciente, auxiliando na hemostasia e promovendo uma cicatrização mais segura ao evitar traumas mecânicos ou contaminação local. Sua manipulação foi realizada conforme as instruções do fabricante, com homogeneização cuidadosa até atingir a consistência ideal para aplicação, garantindo boa adaptação sobre a ferida cirúrgica (figura 21 a 24).

Figura 21 - Escolha do cimento cirúrgico para proteção da ferida.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 22 - Manuseio e preparação do cimento cirúrgico.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 23 - Aplicação do cimento sobre a área operada.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Figura 24 - Resultado do procedimento.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2024).

Apesar da execução adequada da frenectomia, foi observado a persistência do padrão de interposição lingual, indicando que o procedimento cirúrgico isolado não foi suficiente para corrigir a disfunção miofuncional. Dessa forma, a paciente foi encaminhada ao profissional fonoaudiólogo, a fim de dar continuidade ao tratamento por meio de terapia orofacial, visando à reeducação dos padrões musculares e funcionais da língua. Esse encaminhamento é respaldado pela literatura, que reforça a importância da abordagem multidisciplinar em casos de alterações miofuncionais orais (Monteiro et al., 2021).

Por fim, a conciliação entre o trabalho do dentista e de outros profissionais, como o psicólogo e o fonoaudiólogo, é fundamental para o sucesso no tratamento de disfunções miofuncionais orais, como a interposição lingual. Enquanto o dentista realiza o procedimento clínico, como a frenectomia, o fonoaudiólogo atua na reabilitação funcional, com foco na reeducação dos padrões musculares orais. O psicólogo, por sua vez, desempenha um papel importante na gestão emocional da criança, ajudando a reduzir a ansiedade e o medo, facilitando a colaboração durante o tratamento. Essa abordagem multidisciplinar não apenas aprimora os resultados clínicos, mas também proporciona um atendimento mais humanizado e eficaz, atendendo às necessidades físicas, emocionais e psicológicas do paciente de maneira integral.

## **2.2 Desenvolvimento das atividades desenvolvidas pela aluna Júlsenne Torres de Carvalho Costa**

### **2.2.1 Apresentação**

Meu nome é Júlsenne Torres de Carvalho Costa, tenho 32 anos, sou natural de Perdões, onde moro desde meu nascimento. Sou filha de Tadeu Geraldo de Carvalho e Maria Aparecida Torres de Carvalho, sou a filha mais velha e tenho 2 irmãos, Kerolayne e Samuel. Venho de uma família bem humilde, mas de pessoas extremamente honestas que me ensinaram os valores essenciais para uma vida digna.

Estudei toda minha vida em escolas públicas e, por isso, não acreditava que teria a oportunidade de fazer faculdade. Minha vontade de ser dentista começou ainda criança quando eu era levada por minha mãe em uma unidade do SUS para realizar “limpezas” periódicas por ter diabetes tipo 1. Observar a dentista que me atendia, que, com seus cuidados e orientações, despertou em mim o encanto pela odontologia.

Passados vários anos, em 2010 me formei no ensino médio, e no ano de 2011, resolvi prestar vestibular para odontologia no UNILAVRAS, mesmo sabendo que não conseguiria estudar pelas condições financeiras dos meus pais. Fiquei em excedente na época, e entraram em contato para eu me matricular, mas naquele momento era uma coisa impossível para mim. Nesse mesmo ano, aos 18 anos de idade engravidei do meu primeiro filho José Guilherme e, sem saber que caminho seguir, em 2012 iniciei um curso técnico em logística na escola UNITEN em Lavras, e meu pai com muita dificuldade, pagou ônibus particular para eu conseguir fazer o curso pois a prefeitura não fornecia esse tipo de transporte.

Após o curso, não consegui emprego na área apesar de muito tentar e no final do ano de 2015, sabendo que haveria concurso na minha cidade, comecei a estudar sozinha fazendo anotações em um caderno brochurão que achei em casa.

Em janeiro de 2016, realizei a prova para o cargo de agente comunitário de saúde ficando em 6º lugar de cinco vagas, mas uma das pessoas aprovadas desistiu possibilitando que eu fosse nomeada. No dia 03/05/2016 assumi meu cargo na UBS do bairro Rosário, onde moro toda minha vida. Nesse período eu estava solteira, e conheci meu marido no trabalho, ele tinha sido aprovado no mesmo concurso, e então nos aproximamos e começamos nos relacionar.

Em 2017 nos casamos, e tive minha segunda gravidez, e minha filha Maria Júlia nasceu em janeiro de 2018. Meu marido já sabendo que meu desejo era fazer faculdade, possibilitou a realização do meu sonho, e em maio de 2019 me matriculei e abandonei meu cargo público.

Meus filhos tinham 7 e 1 ano quando iniciei o curso, e uma das maiores dificuldades no início, foi deixá-los em Perdões todos os dias. Minha irmã teve um papel muito importante na minha conquista, pois ela se dedicou a eles como se fossem seus, e isso não há nada que pague.

Foi uma fase de muita alegria, mas também muito medo e inseguranças, onde surgiram muitas dúvidas como: Será que devo deixar meu serviço? Vai valer a pena? Mas mesmo com medo, eu não parei.

Em agosto de 2019, eis que iniciam as aulas. Cheguei sem saber que faria as matérias do primeiro e segundo períodos no mesmo semestre, e isso foi um grande desafio, porque havia saído do ensino médio há muito tempo, e não estava preparada para acompanhar as disciplinas. Lembro também que no primeiro dia de aula, a professora nos liberou às 08h40 e minha próxima aula seria às 13h00, estando eu “perdida” em Lavras, fui para “pracinha do Kanal” e derrubei algumas lágrimas vendo minha filha por vídeo chamada, coração ficou ainda mais apertado. Ali era tudo novo, não conhecia ninguém, muito medo e ansiedade envolvidos, não tinha para onde ir aos intervalos de aula, mas aos poucos, fiz algumas amizades com pessoas que me deram as mãos, e tudo foi ficando mais leve.

Na pandemia, após cursar o segundo período online, decidi que seria melhor trancar o curso e assim eu fiz. Retornei em 2021/1 e fiz o terceiro e quarto períodos com as turmas XXXIX/XL. Ao final de 2021 precisei trancar novamente por problemas financeiros, e já em 2022/2 consegui o Fies e retornei mais uma vez com as turmas XLI e XLII, e foi onde eu mais me senti acolhida, e estou graças a Deus, chegando ao fim dessa tão sonhada e desafiadora jornada.

#### 2.2.2 Desenvolvimento da atividade: Reabilitação oral por meio de prótese total imediata – estratégia clínica para a devolução da estética e da função

O caso escolhido, refere-se a um paciente de 73 anos, aposentado, atendido a primeira vez na Clínica Integrada III. A queixa principal era a aparência dos dentes “Meus dentes estão muito feios, quero colocar uma dentadura”. Na anamnese, o paciente relatou ser hipertenso e ter colesterol alto (hipercolesterolemia), e estar fazendo uso por via oral de losartana 50mg, anlodipino 5mg, hidroclorotiazida 25mg e rosuvastatina 20mg. Foi aferida a pressão arterial, que estava 140/90.

Segundo Luz, et. al. (2022), a hipertensão arterial (HAS) é uma doença crônica, considerada um dos principais riscos mundiais de mortalidade no mundo, e aumenta significativamente com o avançar da idade. No Brasil, a HAS atinge 32,5% ou seja, 36 milhões

dos indivíduos adultos e, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doenças cardíacas.

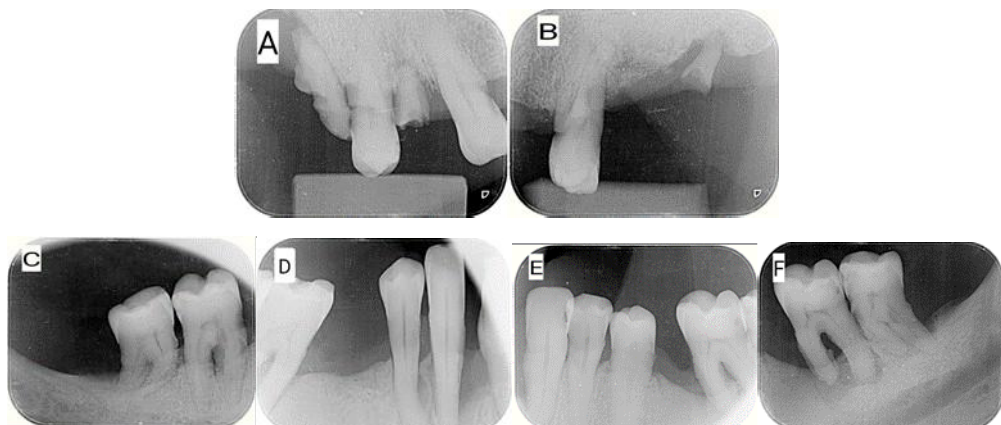
No exame clínico, foi observado que o paciente tinha recessão gengival em vários dentes, lesões de furca, mobilidade grau 3 e várias perdas dentárias devido a doença periodontal avançada. O paciente quando chegou à clínica do UNILAVRAS, não fazia uso de nenhuma prótese e, conseqüentemente, habituou-se a projetar a mandíbula, o que aumentou a complexidade do caso. Após o exame clínico e feito o diagnóstico, as condições clínicas indicaram que a solução ideal seria uma prótese total imediata, e então foi solicitada uma radiografia panorâmica e as periapicais (figuras 25 e 26).

Figura 25 - Radiografia panorâmica do paciente.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Figura 26 - Radiografias periapicais. Raiz residual dente 16, dente 15, raiz residual dente 14, dente 13 (B) Dente 23 (C) Dentes 46, 47 (D) Dentes 43, 44 (E) Dentes 37, 35, 34 e 33 (F) Dentes 38, 37



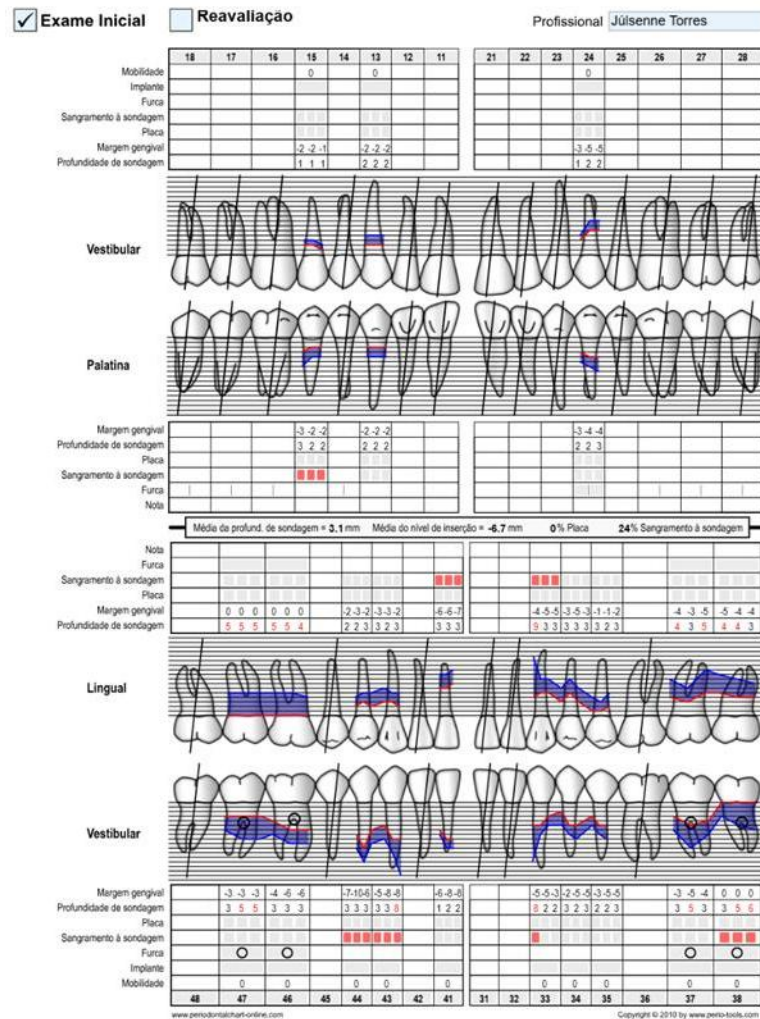
Fonte: Prontuário do paciente, 2024.

Na panorâmica foi constatada uma perda óssea horizontal generalizada, com a presença somente dos dentes 15, 13, 23, 38, 37, 35, 34, 33, 41, 43, 44, 46, 47 e raízes residuais dos dentes 16 e 14, e presença de mesioinclinação dos dentes 37 e 46.

Foi realizado o exame periodontal, e os dados foram registrados no Periotools. Segundo Brown (2014), o aplicativo foi sugerido para, a partir dele, estimar o risco e a susceptibilidade à progressão da doença periodontal, baseando-se em outros indicadores além da perda óssea. Além de considerar medidas de suporte periodontal obtidas através de exames radiográficos, o programa avalia:

- o nível de infecção (sendo o sangramento à sondagem o marcador deste nível infeccioso);
- a prevalência de bolsas periodontais residuais (profundidade de sondagem  $S \geq 5\text{mm}$ );
- número de dentes perdidos, condições sistêmicas e idade (figura 27).

Figura 27 - Periograma gerado pelo aplicativo Periotools.



Fonte: Prontuário do paciente, 2024.

A avaliação periodontal mostrou que o paciente apresentava Periodontite estágio IV, grau B, pela perda de mais de cinco dentes devido à doença periodontal. Desta forma, após avaliação do professor Selem Vilela, concluímos que a melhor opção de tratamento levando em consideração a condição financeira do paciente, seria a exodontia dos dentes 15, 13, 23, 38, 37, 35, 34, 33, 41, 43, 44, 46, 47 e raízes residuais dos dentes 16 e 14, e a confecção de uma prótese total imediata superior e inferior, e posteriormente, a confecção de uma prótese total definitiva.

O paciente foi tabagista por 30 anos, tendo abandonado o vício há aproximadamente 15 anos. De acordo com Haber (1994), o fumo leva a perda da função neutrófila, ou seja, as respostas dos anticorpos para a patogênese periodontal são prejudicadas, e a função da fibra gengival é potencialmente reduzida. Algo importante a destacar, é que a prevalência e intensidade da doença periodontal, diminui nos ex-fumantes se comparado à fumantes atuais.

Segundo Souza (2023), a influência do tabaco na severidade da doença periodontal, foi avaliada por Martinez-Canut et al. (1995), ]7

em um estudo com 889 adultos sendo 52% fumantes, foram acompanhados, e, sem ser levado em conta sexo e idade, a análise apontou que a relação entre número de cigarros consumidos por dia, e a perda de inserção foi: para 1,10 e 20 cigarros consumidos, o aumento da perda de inserção seria 0,5% 5% e 10% respectivamente. Fumar mais de 10 cigarros por dia, leva a uma perda de inserção de 0,7% para cada ano de vida do usuário.

A prótese total imediata não dever ser vista simplesmente como uma alternativa inevitável a uma odontologia mais conservadora, mas, constituir-se como uma opção para amenizar a repentina mudança do estado de dentado, para o estado de desdentado. A prótese total imediata é um tipo de reabilitação que requer mais conhecimentos, habilidades e critérios do que uma PT convencional e, muitas vezes, apresenta um resultado desconcertante para o profissional e para o paciente, quando este percebe suas dificuldades depois de perder os dentes naturais e, geralmente, por indicação do próprio dentista (Telles, 2009).

As cirurgias de exodontias superiores e inferiores, seriam realizadas 78 na mesma sessão, mas, o paciente ficou apreensivo, então sua filha entrou em contato posteriormente, alegando que seu pai estava ansioso, e a família estaria com medo de que surgisse alguma complicação durante a cirurgia (figura 28). Diante do ocorrido, foi conversado com o professor responsável pela prótese, e chegamos à conclusão que seria melhor realizar as exodontias e instalação das próteses totais em sessões diferentes.

Figura 28 - Imagem clínica da situação inicial do paciente.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Dando seguimento ao tratamento, na sessão seguinte, foi realizada a moldagem de estudo das arcadas superior e inferior. Nesta sessão, foi realizada também uma profilaxia para adequação do meio bucal. Vazados os moldes, foram obtidos os modelos de estudo para planejamento do caso. As fotos da reprodução negativa das arcadas do paciente e do modelo de estudo inferior, se encontram na figura 29 e 30.

Figura 29 - Reprodução negativa das arcadas superior e inferior.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Figura 30 - Modelo de estudo da arcada inferior do paciente.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Na sessão seguinte, o paciente foi moldado novamente para obter o modelo de trabalho. Não foi confeccionada a moldeira individual. Com estes modelos, foi confeccionada uma base de prova em resina acrílica, com rolete de cera nas áreas edêntulas, dando a possibilidade de ser montado o ASA. Com a base de prova estando pronta, o paciente retornou na semana posterior para o ajuste do rolete de cera, fazer o registro dos dentes remanescentes inferiores em cera, e a realização das marcações das linhas de orientação. As imagens desta etapa se encontram na figura 31.

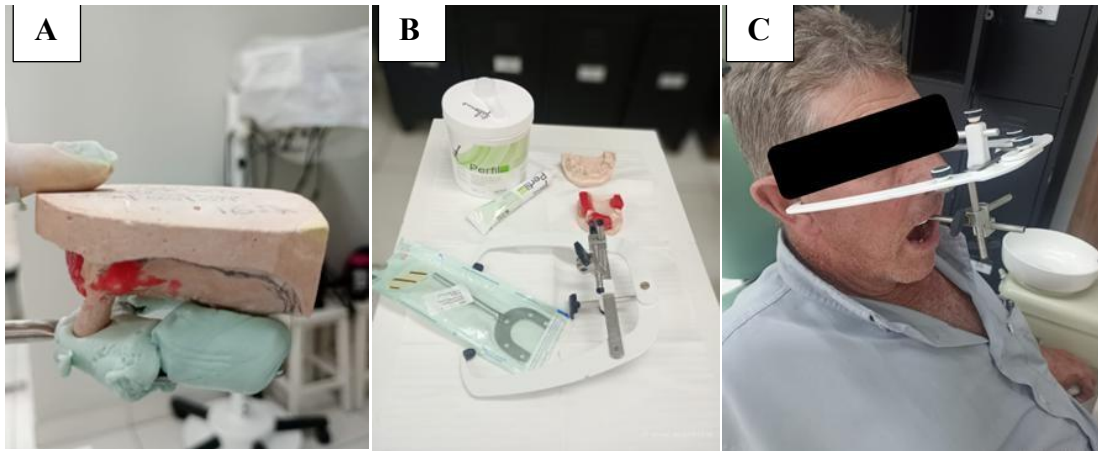
Figura 31 - Ajuste do rolete de cera e marcação das linhas de orientação.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Foi realizada a tomada do arco facial do paciente. O arco facial é utilizado para definir a relação espacial da maxila com os pontos de referência e, posteriormente, transmitir essa relação para um articulador. Para uma correta transição do arco facial, é necessário ter um plano de referência horizontal, um ponto anterior de referência, o tipo de articulador, prezar pela qualidade do material utilizado para registro de mordida e deve haver habilidade do operador (Figura 32) (Martins, 2021).

Figura 32 - (A) Registro de mordida. (B) Mesa para tomada do arco facial. (C) Tomada do arco facial.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024

Para confecção de uma prótese, é necessário fazer a escolha de cor da gengiva de acordo com as características do paciente, e a cor escolhida foi a cor 2 de acordo com a escala VIPI-STG. A cor escolhida para os dentes foi a cor 66 de acordo com a escala VIPI DENT. O modelo de dentes foi: anteriores 264 e posteriores 32L (Figura 33).

Figura 33 - Escolha de cor dos dentes e comparação do valor nas cores.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Matiz, croma e valor, são as três dimensões da cor. A matiz corresponde ao nome da cor e pode ser definida com a cor base do dente ou tonalidade. Na escala Vita Classic shade guide®, a matiz é representada pelas letras A, B, C e D. A matiz A, tem dominância nas cores vermelho-marrom, o B nas cores laranja-amarelo, o C nas cores verde-cinza e o D nas cores rosa-cinza (Lucena et al., 2016; Sousa, 2019).

O croma, é definido como a saturação ou intensidade do matiz. Varia de acordo com a quantidade de pigmento incorporado num matiz, e determina a intensidade da cor, ou seja, forte ou fraca. O croma e o valor são inversamente proporcionais, então quando croma é aumentado, o valor (luminosidade) é diminuído. Na escala Vita, números mais altos representam um aumento de croma (pigmento), assim, as letras representam a matiz, e os números, o croma. É importante salientar que o matiz e croma estão presentes na dentina, sendo propriedades dessa estrutura (Lucena et al., 2016; Souza, 2019).

Quando fazemos a escolha da cor dos dentes para uma prótese total imediata, devemos nos basear nos dentes naturais do paciente, pois esses ainda estão presentes. A presença desses dentes em boca no momento da consulta é uma vantagem crucial, pois permite ao dentista e ao paciente comparar diretamente a cor na escala (como a VITA) e, assim, escolher o tom mais próximo possível ao natural, garantindo um resultado estético mais realista e harmonioso.

Os modelos foram montados em articulador e enviados ao laboratório de prótese do UNILAVRAS para colocação dos dentes em cera. O articulador é um aparelho destinado a fixar os modelos de gesso, registrar as relações intermaxilares e reproduzir os movimentos da mandíbula de interesse protético. Tanaka, Finger e Porter (1978) afirmaram que “Os articuladores semi-ajustáveis apresentam uma relativa capacidade em reproduzir, com precisão e consistência, a cinemática mandibular, desenvolvendo movimentos Intermediários arbitrários”.

A imagem do ASA montado se encontra na figura 34, juntamente com as etapas de provas (34 e 36).

Figura 34 - Modelos montados em ASA com base de prova e rolete de cera superior.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Figura 35 - Prova dos dentes em cera.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Figura 36 - ASA com base de prova, rolete de cera e dentes.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Para iniciar a etapa de reabilitação do paciente, foi marcada a cirurgia para exodontia dos elementos superiores e remoção do freio labial, com posterior instalação da PT imediata (figuras 37 e 38).

Realizamos a cirurgia com a quantidade de três tubetes do anestésico articaína com epinefrina 1:100.000. As técnicas anestésicas usadas foram: bloqueio do nervo alveolar superior +posterior direito, bloqueio nervo alveolar superior médio do lado direito, bloqueio do nervo alveolar anterior e infiltrativa no dente 23, feita também técnica infiltrativa na região do freio labial, pois este foi removido para melhor adaptação da prótese.

Figura 37 - Exodontia dos dentes superiores e remoção de freio labial.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Figura 38 - Dentes e raízes superiores.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Foi realizado um pressionamento digital nos alvéolos, para ver se não havia espículas ósseas que pudessem causar desconforto ao paciente. Os alvéolos foram curetados para formação de coágulo para facilitar a cicatrização, foram feitas suturas em X. Logo após a exodontia, as primeiras 24 horas são caracterizadas pela formação de um coágulo sanguíneo no alvéolo. Células inflamatórias migram para o interior do coágulo, também brotos de tecido vascular e células mesenquimais originadas do ligamento periodontal rompido, desse modo, um tecido de granulação é formado cerca de 48 a 72 horas depois da extração dentária. Esse tecido será gradualmente substituído por um tecido conjuntivo provisório, e então inicia-se a formação de um tecido ósseo imaturo que será substituído por osso lamelar e osso medular através do modelamento e remodelamento. Um processo importante da cicatrização do alvéolo chama-se corticalização, a qual envolve a formação de uma capa de tecido ósseo que irá ocluir a entrada marginal do alvéolo. Esta capa, por sua vez, vai ser remodelada e substituída por osso lamelar, que se torna contínuo com a tábua cortical da periferia do sítio edêntulo (Scombatti, 2020).

Foram prescritos os seguintes medicamentos: 21 cápsulas de amoxicilina 500mg de 8/8 horas por 7 dias; 06 comprimidos de dexametasona 4mg de 12/12 horas por 3 dias; dipirona 500mg em caso de dor, e bochecho de clorexidina 0,12% 3 vezes ao dia por 7 dias. A amoxicilina é um bactericida prescrito após procedimentos odontológicos, pois é eficaz contra uma ampla gama de bactérias Gram-positivas, oferecendo cobertura adicional contra alguns organismos Gram-negativos, tendo uma cobertura contra espécies de *Streptococcus* e, sendo um Beta-lactâmico, se liga às proteínas de ligação à penicilina, inibindo a transpeptidação e causando a lise da parede celular (Bobak; Khanna; Vijhani, 2023).

A dexametasona tem sido útil no tratamento das exacerbações agudas. Sua atuação, se dá pela supressão da migração de neutrófilos e diminuição da proliferação de colônias de linfócitos, diminuindo assim o edema gerado pelo processo inflamatório (Johnson; Lopez; Kelley, 2023, p.7).

A dipirona é prescrita para prevenir uma dor aguda após procedimentos cirúrgicos, pois ela previne a hiperexcitabilidade central, que tende a se amplificar no período pós-operatório.

Receita se encontra na figura 39.

Figura 39 - Prescrição pós-cirúrgica.

UNILAVRAS  
Centro Universitário de Lavras - Curso de Odontologia  
Rua Padre José Poggil, 306 - Bairro Padre Delino - 37201-391 - Lavras/MG  
http://www.unilavras.edu.br Tel: (0xx35) 3694-8111

CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS  
RECEITUÁRIO

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

*Use internamente - via oral*

① Amoxicilina 500mg \_\_\_\_\_ 23 cápsulas  
Tomar 03 cápsulas a cada 8/10 horas por 7 dias

② Nimesulida 100mg \_\_\_\_\_ 06 comprimidos  
Tomar 03 comprimidos a cada 12/12 horas por 3 dias

③ Dipirona 500mg \_\_\_\_\_ 06 comprimidos  
Tomar 03 comprimidos de 06/06 horas em caso de dor

*Use externo*

④ Bisfetonato de cloridrato 0,22g \_\_\_\_\_ 03 frascos  
Bastões 1cm 3X ao dia por 07 dias (início 48 horas pós-cirurgia)

20/05/24

CLÍNICA ODONTOLÓGICA - UNILAVRAS  
Dr. Luc Rogério  
Odontólogo - Dentista  
CRMGO 20033

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

Fonte: Prontuário do paciente, 2024.

Terminando a cirurgia, o paciente foi levado à Clínica Integrada, para dar início à fase protética. A prótese foi desgastada para remover as partes que estavam muito retentivas, e depois passamos para a parte de adaptação desgastando com a broca Maxicute nas regiões que estavam causando desconforto ao paciente. Foi necessário realizar o reembasamento, e então foi utilizada a resina Coe-soft, que se trata de uma resina macia, e contém zinco, que retarda o desenvolvimento de fungos.

Após a instalação, o paciente retornou para consultas para acompanhamento e ajustes da prótese (etapas descritas nas figuras de 40 a 43).

Figura 40 - Prótese total imediata pronta para a instalação no paciente.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Figura 41 - Resina para reembasamento.



Figura: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Figura 42 - Ajuste oclusal pós-cirurgia.

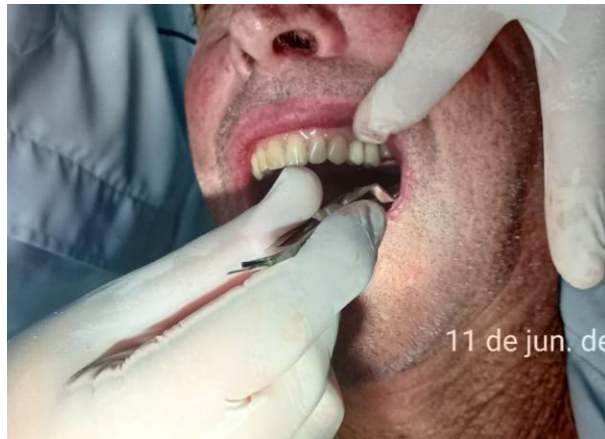


Figura: Arquivo pessoal da autora, 2024.

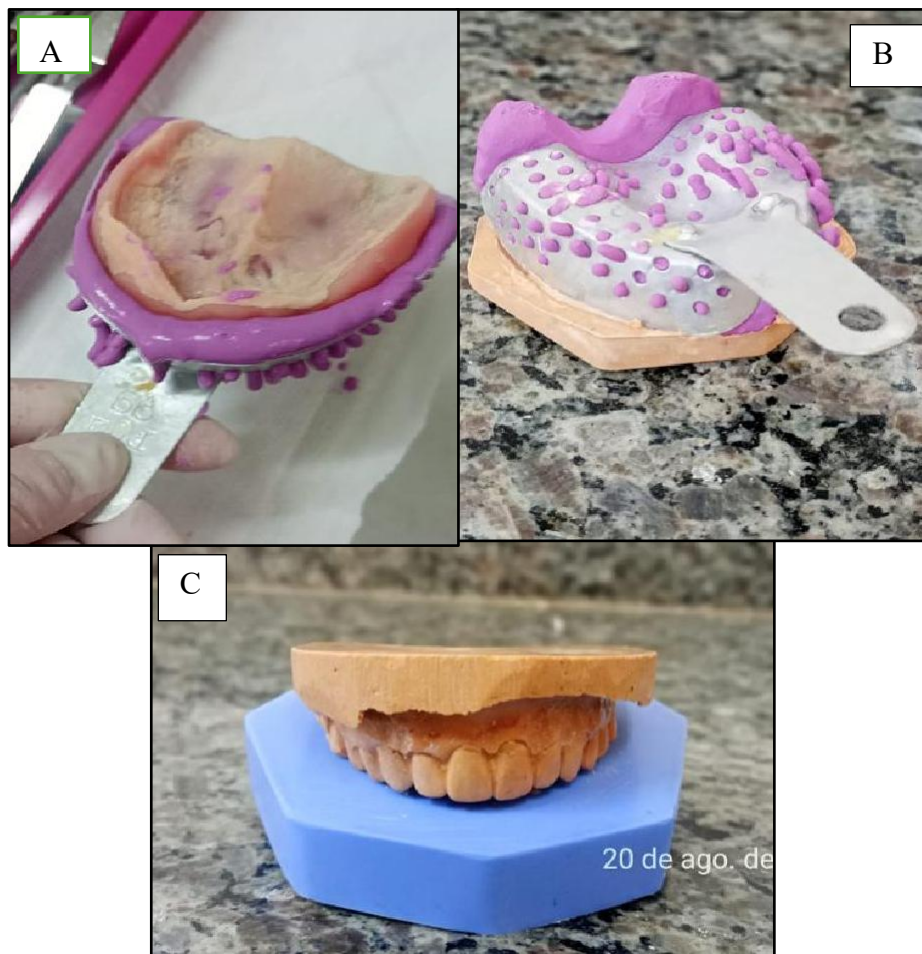
Figura 43 - Paciente pós-cirurgia com prótese superior instalada.



Figura: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Posteriormente, o paciente retornou ao UNILAVRAS para dar seguimento ao seu tratamento. Como já havia sido instalada a prótese superior, foi realizada a moldagem da mesma, também moldagem da arcada inferior, nova tomada do arco facial para montagem em articulador e confecção da prótese inferior. O articulador foi enviado novamente ao laboratório de prótese. As imagens se encontram na figura 44 e 45.

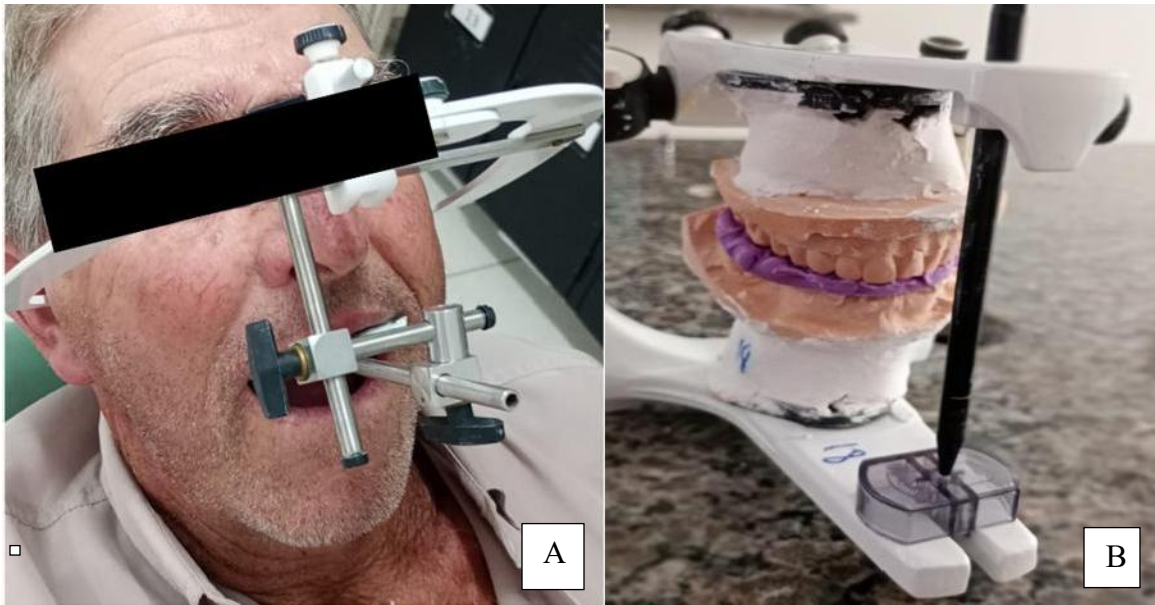
Figura 44 - Moldagem da prótese total superior e modelo pós-vazamento do gesso



(A) Moldagem da prótese total superior (B) Vazamento do gesso (C) Modelo da prótese total superior

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Figura 45 - Arco facial e articulador semi-ajustável.



(A) Tomada do arco facial (B) Modelos montados em articulador semi ajustável

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

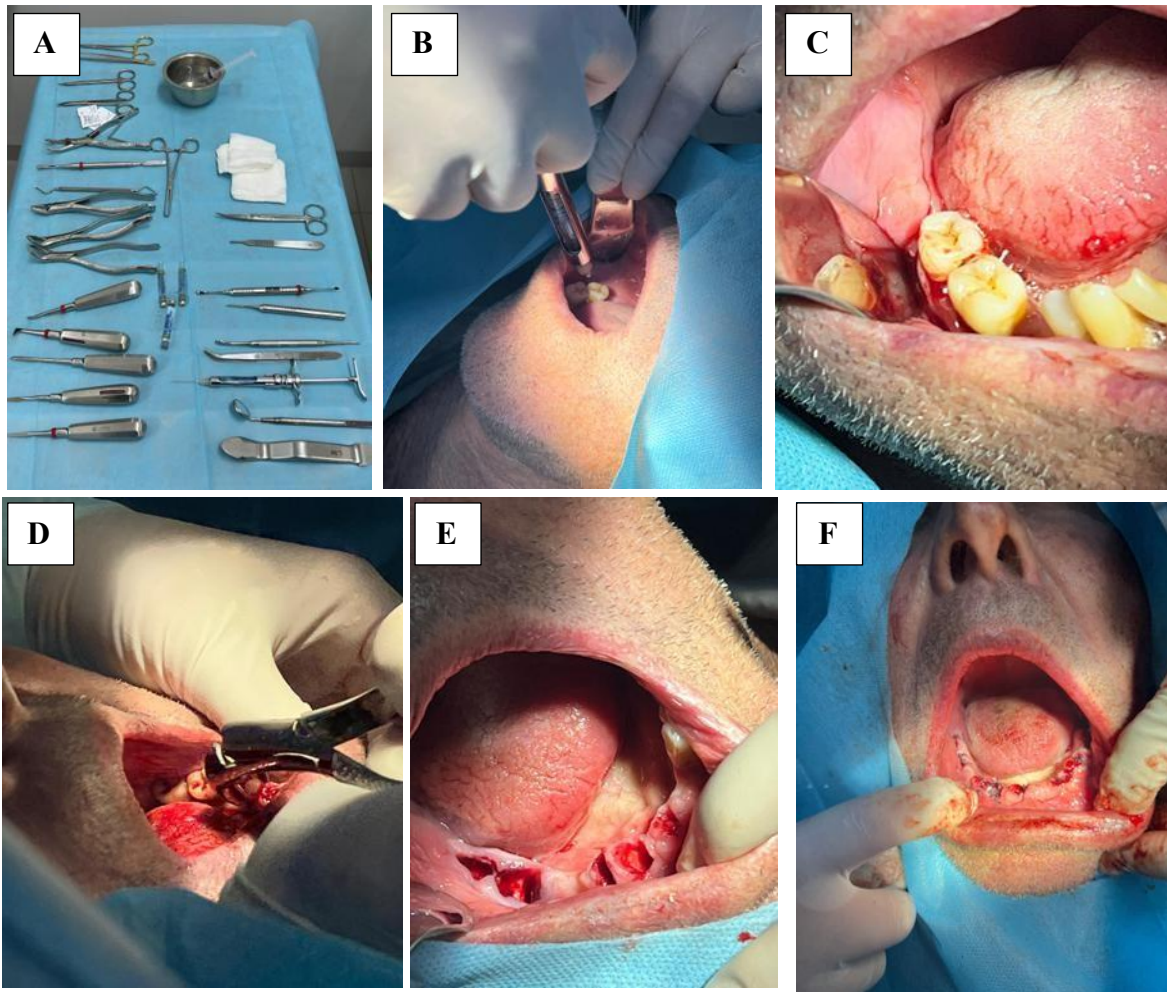
O articulador tendo sido enviado ao laboratório, e sendo estabelecida a data para retirada da prótese inferior, foi agendada a cirurgia para exodontia dos dentes inferiores. As imagens da prótese e da cirurgia se encontram na figura 46.

Figura 46 - Prótese total imediata inferior.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Figura 47 - Procedimento cirúrgico de exodontia dos dentes inferiores.



(A) Mesa cirúrgica (B) Aplicação da anestesia (C) Dentes remanescentes lado direito  
(D) Avulsão de dente com fórceps (E) Alvéolos pós curetagem (F) Suturas em X

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

A mesa clínica (Figura 47-A) foi composta por kit clínico (espelho, pinça clínica e sonda exploradora), afastador de Minnossota, seringa carpule com refluxo, cabo de bisturi, lâmina 15C, descolador Molt nº9, descolador Freer, espátula 7, periótomo reto, tesoura Metzembbaum, pinça Foerster, cuba para soro, kit de alavancas, fórceps 17, fórceps 151, lima Seldin, alveolótomo, cureta de Lucas 86, pinça Dietrich, tesoura Iris, fio de nylon nº 03, mangueira cirúrgica, gaze estéril, sugador estéril, soro fisiológico, agulha longa, clorexidina 2% e clorexidina 0,12%.

Na técnica anestésica, foi feito o bloqueio do nervo alveolar inferior (técnica indireta) de ambos os lados da mandíbula. Utilizando essa técnica, o paciente irá sentir os 2/3 anteriores da língua adormecidos ou insensíveis, metade do lábio inferior devido anestesia respectiva dos nervos lingual e alveolar inferior.

O sintoma subjetivo que caracteriza a anestesia perfeita do nervo alveolar inferior, é o amortecimento dos dentes inferiores, como se os dentes estivessem acometidos por uma

pericementite. Foi realizada a técnica complementar através do bloqueio do nervo bucal, de modo que sejam anestesiados os tecidos moles e periósteo bucal dos dentes molares mandibulares (Neder; Arruda, 1980).

Após feita a exodontia de todos os dentes inferiores, os alvéolos foram curetados para formação de coágulo para facilitar a cicatrização, e foram feitas suturas em X. Logo após a exodontia, as primeiras 24 horas são caracterizadas pela formação de um coágulo sanguíneo no alvéolo. Células inflamatórias migram para o interior do coágulo, também brotos de tecido vascular e células mesenquimais originadas do ligamento periodontal rompido, desse modo, um tecido de granulação é formado cerca de 48 a 72 horas depois da extração dentária. Esse tecido será gradualmente substituído por um tecido conjuntivo provisório, e então inicia-se a formação de um tecido ósseo imaturo que será substituído por osso lamelar e osso medular através do modelamento e remodelamento. Um processo importante da cicatrização do alvéolo chama-se corticalização, a qual envolve a formação de uma capa de tecido ósseo que irá ocluir a entrada marginal do alvéolo. Esta capa, por sua vez, vai ser remodelada e substituída por osso lamelar, que se torna contínuo com a tábua cortical da periferia do sítio edêntulo (Scombatti, 2020).

Foram novamente prescritos os medicamentos pós-operatórios: Amoxicilina 500mg; dexametasona 4mg, dipirona 500mg e digluconato de clorexidina 0,12%. Terminado o procedimento cirúrgico, o paciente foi levado à clínica integrada para instalação da prótese total imediata inferior. Imagens se encontram na figura 48 e 49. Ajustes foram realizados para maior conforto do paciente.

O caso teve um bom prognóstico, e a recuperação do paciente ocorreu como era esperado. Embora a adaptação da prótese não tenha saído como o planejado, após ser realizado o reembasamento, houve um melhor ajuste e conforto ao paciente.

O período em que a prótese imediata é utilizada varia, mas ela serve como uma prótese provisória até que a cicatrização esteja completa para a confecção da prótese definitiva. O tempo de cicatrização da área onde foram feitas as exodontias leva em torno de 3 a 6 meses, o que pode variar dependendo do caso e da avaliação do profissional. Após esse período de cicatrização completa, a prótese imediata tende a perder a retenção e a estabilidade devido à reabsorção óssea natural.

A decisão do paciente em procurar o tratamento definitivo após alguns meses, foi a medida clínica correta. Ele esperou o tempo biológico ideal para garantir que a prótese final tivesse uma adaptação estável e duradoura.

Figura 48 - Receituário pós operatório.

**UNILAVRAS**  
 Centro Universitário de Lavras - Curso de Odontologia  
 Rua Padre José Pappal, 506 - Bairro Padre Delson - 37201-901 - Lavras/MG  
 http://www.unilavras.edu.br Tel: (0xx35) 3694-8111

**CÍNICAS ODONTOLÓGICAS**

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

Medicamentos oral

① Amoxicilina 500mg \_\_\_\_\_ 21 cápsulas  
 Tomar 01 cápsula de 11/11 horas por 7 dias

② Diclofenaco 75mg \_\_\_\_\_ 06 comprimidos  
 Tomar 03 comprimidos de 12/12 horas por 3 dias

③ Ibuprofeno 200mg \_\_\_\_\_ 01 caixa  
 Tomar 01 comprimido de 06/06 horas em caso de dor

Medicamento

④ Iodoliquorato de cloridato 0,12% \_\_\_\_\_ 03 frascos  
 Realizar 01 ml 3x ao dia por 7 dias (Analisar 48h após cirurgia)

\_\_\_\_\_  
 Lavras 17/09/2024

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

Receito original em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, e foi orientado sobre a necessidade de utilização correta da medicação na dosagem, eixo, concentração, posologia, via de administração e período. Qualquer problema ou dúvida deverá entrar em contato imediato com \_\_\_\_\_ pelo telefone \_\_\_\_\_.

Novos Insumos: Por Devo ao Hospital - dar glóbulos e Devo ao nível da prescrição hospitalar da citadora fornecida com validade e prazo, por causa da sua finalidade.

Fonte: Prontuário do paciente, 2024.

Figura 49 - Paciente com as próteses superior e inferior instaladas.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

## 2.3 Desenvolvimento das atividades desenvolvidas pela aluna Maria Eduarda Araújo Soares

### 2.3.1 Apresentação

Meu nome é Maria Eduarda Araújo Soares, tenho 24 anos, sou natural de Guapé-MG. Com incentivo da minha mãe, desde pequena sempre sonhei em fazer um curso de ensino superior. Durante o ensino médio, me conectei muito com as matérias de ciências biológicas, e por ser minha mãe técnica em enfermagem e eu conseqüentemente conviver bastante com o ambiente hospitalar, me identifiquei muito com a área da saúde, e sempre quis fazer medicina.

Por morar em uma cidade pequena, as oportunidades de estudos foram limitadas. Além disso, por não ter condições financeiras para me mudar para outra cidade e fazer curso preparatório para vestibular, tinha medo de não conseguir realizar o sonho de cursar o ensino superior. Mas as poucas oportunidades não me impediram de correr atrás do meu sonho, com muito foco e disciplina, fiz dos estudos minha prioridade. Participei de cursinhos online e estudei em casa por conta própria, tendo minha mãe como minha maior apoiadora e incentivadora.

Terminei o ensino médio no ano de 2019 e em 2020 meu foco foi conseguir passar para Medicina. Mesmo chegando perto não consegui. Comecei a fazer pré-vestibular na cidade de Varginha, no período noturno, indo e voltando de ônibus todos os dias e durante o período do dia fazia alguns plantões na santa Casa de Guapé como cuidadora de idosos. Logo no começo do ano veio a infelicidade do início da pandemia e nesse período o sonho da faculdade parecia distante. Como o curso pré-vestibular, devido a pandemia, estava sendo EAD, optei por começar a trabalhar e juntar dinheiro para que quando tudo passasse eu pudesse investir nos meus estudos. Comecei em um emprego fixo como cuidadora e essa experiência reforçou ainda mais a minha certeza de seguir na área da saúde.

Em 2021, pedi demissão para focar no Enem e nos vestibulares e durante o período do PROUNI precisei ir ao dentista. Durante a consulta, fiquei observando o consultório e ao chegar em casa, no último dia da inscrição, mudei a opção de medicina para odontologia. Optei por escolher o UNILAVRAS, pois durante o ensino médio, no período dos vestibulares, me permitiu conhecer um pouco mais sobre a faculdade.

Quando saiu o resultado, fui aprovada para bolsa de 100% do PROUNI. Apesar de nunca ter pensado em cursar odontologia, hoje tenho a certeza de que não importa os planos que façamos, os planos de Deus são sempre maiores e mais exatos para nossa vida, pois me

encontrei dentro do curso e hoje sou completamente apaixonada pela odontologia. No primeiro ano da faculdade ainda realizei o ENEM para tentar medicina. Quando estava no terceiro período consegui a aprovação, porém, eu já tinha a certeza de que nenhuma outra profissão me faria tão feliz quanto sou dentro da odontologia. Hoje sou extremamente grata pelos esforços que empreendi, pelo apoio da minha mãe e a Deus por ter me colocado no caminho certo.

### 2.3.2 Desenvolvimento das atividades: Trauma dentário em odontopediatria – tratamento restaurador estético em atendimento de urgência

Paciente do sexo masculino, 8 anos de idade, sem alterações sistêmicas. Apresentou-se na clínica odontológica do UNILAVRAS, para atendimento de urgência, queixando-se de queda e fratura dentária. O trauma dentário é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo por causa de sua alta taxa de prevalência, impacto psicossocial e alto custo de tratamento, é mais prevalente no gênero masculino e sua maior incidência é em crianças e adolescentes, pois se envolvem em diversas situações de maior risco, como a prática mais intensa de esportes, acidentes durante brincadeiras e envolvimento em brigas (Gabardo et al., 2023)

Na anamnese, o pai do paciente relatou que o filho não apresenta nenhuma alteração sistêmica e faz acompanhamento médico de rotina. Em relação ao trauma, informou que a criança caiu da gangorra na escola e não encontrou o fragmento dental. A queda ocorreu no mesmo dia, aproximadamente oito horas antes do atendimento. É de grande importância que os educadores tenham conhecimento e segurança suficientes para praticar as melhores condutas de socorro após um traumatismo dentário em ambiente escolar, pois o professor é um dos principais responsáveis pelo primeiro atendimento prestado. Além disso, o traumatismo dentário é considerado um problema de saúde bucal de alta prevalência nos ambientes escolares (Oliveira, 2022)

No exame clínico, o paciente apresentou edema nos lábios superior e inferior, hematoma no lábio inferior, fratura envolvendo parte do terço médio e terço incisal do elemento 21, além de fragmentos dentários na papila distal do mesmo dente (figura 50).

Figura 50 - Situação inicial do Paciente.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Após o exame clínico, o próximo passo foi a realização do exame radiográfico, com o objetivo de verificar possíveis danos à polpa dentária e periodonto. Podemos ver na literatura, que é difícil determinar os danos resultantes de um traumatismo. Deste modo, sem dúvidas o exame radiográfico é um importante aliado para analisar alterações imperceptíveis como: fraturas radiculares, fratura do processo alveolar, extensão das fraturas coronárias e sua proximidade com o tecido pulpar, exposições pulpares, tamanho da câmara pulpar, reabsorções, e presença de corpos estranhos (Guedes-Pinto, 2016).

O paciente encontrava-se agitado devido à dor e demonstrava medo em relação ao tratamento odontológico. Por esse motivo, foi necessário realizar a anestesia antes da radiografia, a fim de aliviar a dor e facilitar a colaboração do paciente durante a consulta. É muito comum perante a situações de traumas, que tanto a criança, quanto os pais apresentem medo e ansiedade, e o controle da dor é fundamental para diminuir o estresse e obter um bom resultado no tratamento. A administração da anestesia em pacientes infantis pode ser um desafio, diante disso, a técnica da distração foi uma grande aliada. A técnica da distração consiste em uma técnica utilizada para desviar a atenção do paciente e diminuir a percepção de desconforto, e inclui distração verbal, desenhos animados, recursos audiovisuais, truques de mágica, música, diálogo, contar histórias, cantar músicas, brinquedos coloridos e que a criança possa tocar, apertar e segurar podem ser usados a fim de desviar atenção da criança do procedimento que está sendo realizado (Santana et al., 2020). No caso citado, foram utilizadas distração verbal, truques de mágica e diálogo, obtendo um ótimo resultado comportamental do paciente.

Utilizou-se a lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000, administrada pelas técnicas infiltrativa e interpapilar (figura 51).

Figura 51- Anestésico utilizado no tratamento.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Após realização da radiografia periapical, não foram observadas alterações, conforme apresentado na figura número 52.

Figura 52 - Periapical inicial do elemento 21



Fonte: Prontuário do paciente, 2024.

A classificação dos traumatismos dentários é dividida em fratura de esmalte; fratura de esmalte/dentina sem envolvimento pulpar; fratura de esmalte/dentina com envolvimento

pulpar; fratura radicular; fratura corono-radicular, com ou sem envolvimento pulpar; concussão/subluxação; luxação intrusiva; luxação extrusiva; luxação lateral; avulsão. A fratura de esmalte e dentina é aquela a que envolve perda visível de esmalte e dentina, sem exposição pulpar. Andreasen, Andreasen e Andersson, 2007; Silva et al., 2023). Assim, estabeleceu-se o diagnóstico de fratura coronária de esmalte e dentina sem alteração pulpar, envolvendo o terço médio e incisal.

A reabilitação de dentes destruídos na arcada visa reestabelecer a função e estética dos pacientes. Com os avanços e aperfeiçoamento da Odontologia, diversas possibilidades restauradoras estéticas podem ser utilizadas na odontopediatria. Dentre as alternativas restauradoras, destaca-se o uso da resina composta, que tem se mostrado um material eficaz para restaurar tanto lesões de cárie oclusal, quanto de superfícies lisas (Bakhsh et al., 2021).

A evolução das resinas compostas e dos sistemas adesivos tem sido de grande notoriedade para a longevidade e previsibilidade da restauração. Além do mais, o conhecimento do cirurgião-dentista sobre os materiais resinosos e os efeitos ópticos dos dentes naturais é de suma importância para a entrega de um resultado altamente estético e satisfatório (Anderiuolo et. al., 2016).

Assim sendo, o tratamento proposto foi a realização da proteção pulpar seguida de restauração com resina composta.

O tratamento foi iniciado com a remoção dos fragmentos do elemento dental, localizados na papila distal, utilizando a colher de dentina e pinça clínica. Em seguida foi realizado a escolha da cor da resina a ser utilizada.

“A escolha da cor pode ser realizada a partir da deposição de um incremento de resina composta no dente adjacente previamente ao isolamento absoluto, hidratado, sem o condicionamento ácido e sem o sistema adesivo.” (ANDREIIOULO et al., 2016).

A escolha da cor também pode ser feita com o auxílio da escala de cor Vita (Silva; Carneiro, 2021). Com o auxílio das duas técnicas mencionadas, a cor da resina escolhida foi A1.

Posteriormente, foi realizado o isolamento absoluto do elemento 54 ao elemento 64, utilizando lençol de borracha e dois grampos 209 (figura 53). Em seguida, para o preparo da superfície, foram removidas todas as irregularidades com o uso de broca diamantada em alta rotação, além de criar um pequeno bisel na região vestibular da fratura, com o intuito de gerar

uma transição suave entre a resina e o dente, afim de mascarar a linha de união da restauração aprimorando o resultado estético. Além disso, o bisel aumenta a camada de esmalte disponível para melhor adesão da restauração. A aplicação do bisel no esmalte é capaz de aumentar consideravelmente a retenção à fratura de resinas compostas diretas em elementos anteriores (Coelho-de- Souza et al. 2008).

Figura 53 - Isolamento absoluto do elemento 21.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

O próximo passo, foi o condicionamento seletivo do esmalte, com ácido fosfórico 35% aplicado por 30 segundos, seguido de lavagem pelo dobro do tempo e secagem com bolinha de algodão (figura 54). Após o condicionamento, devido à proximidade com a polpa, realizou-se a proteção pulpar, com a aplicação de uma fina camada de hidróxido de cálcio fotopolimerizável Biocal na parede pulpar (figura 55). O cimento de hidróxido de cálcio, além de ser um material de baixo custo, apresenta ótima compatibilidade biológica, ação antibacteriana e estimula à formação de uma barreira composta por minerais. É um material que é constantemente estudado, e é muito utilizado como principal opção no reparo da polpa (Bausen, 2020).

Figura 54 - Ácido fosfórico a 35%.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Figura 55 - Biocal aplicado na parede pulpar.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Em seguida, foi aplicado o adesivo Single Bond universal em esmalte e dentina, seguido de breve jato de ar para evaporação do solvente, e posterior fotopolimerização por 20 segundos. Utilizando a técnica de incrementação à mão livre, primeiro foi realizado a reconstrução da parte correspondente a dentina, com a resina Filtek Z350 Body na cor A1 (figura 56).

Figura 56 – A esquerda reconstrução da dentina. A direita resina Filtek Z350 Body A1



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Na sequência, foi utilizada a resina Filtek Z250 XT cor A1 para reconstrução da camada correspondente ao esmalte (figura 57).

Figura 57 - A esquerda reconstrução da camada de esmalte. A direita resina Filtek Z250 XT A1.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Ao final, foi realizado ajuste oclusal com o uso de carbono e broca de alta rotação. Contudo, devido ao sangramento da papila distal, que poderia comprometer o resultado estético, foi agendada uma próxima consulta para ajustes e acabamento (figura 58).

Figura 58 – Resultado imediato após restauração.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Após uma semana, foi realizado um leve desgaste na região distal da cervical e na borda incisal, seguido da aplicação de uma fina camada da resina filtek Z250 XT cor A1. E por fim foi realizado acabamento e polimento da resina (figura 59).

Figura 59 - Resultado clínico após acabamento e polimento.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Figura 60 – Resultado clínico final.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Embora no momento do tratamento o elemento traumatizado não apresentasse comprometimento pulpar, a literatura indica a importância do acompanhamento clínico e radiográfico, conforme as diretrizes da International Association of Dental Traumatology: “Fraturas de esmalte e dentina sem exposição pulpar devem ser restauradas e acompanhadas periodicamente, pois alterações pulpares podem ocorrer meses ou anos após o trauma.” (Iadt, 2020). Deste modo, cerca de seis meses após o tratamento, foi realizada uma radiografia de controle, que não apresentou alterações.

Figura 61 – Radiografia periapical de controle.



Fonte: Prontuário do paciente, 2024.

O atendimento de uma criança que sofreu um traumatismo dentário vai muito além da simples restauração de um dente fraturado, inclui também acolhimento do medo, da dor e da insegurança que surgem com o trauma. Este caso clínico mostra que com sensibilidade, paciência e um bom conhecimento técnico, é possível transformar um momento de dor em um momento de superação para o paciente e sua família.

O sucesso do tratamento esteve diretamente ligado a um atendimento rápido e humanizado, a um diagnóstico preciso, à escolha da conduta clínica adequada, ao controle eficaz da dor e ao uso de técnicas de manejo comportamental. A escolha da resina composta e o cumprimento rigoroso dos protocolos restauradores foram essenciais para a restauração da função e estética do elemento dental, respeitando as particularidades da dentição permanente jovem. Além disso, o acompanhamento periódico foi fundamental, considerando que alterações

pulpaes podem surgir mais tarde, reforçando a necessidade de um plano de acompanhamento a longo prazo. Cada etapa do processo foi essencial para garantir não apenas a recuperação funcional e estética, mas também a promoção da saúde e bem-estar emocional da criança.

O acompanhamento clínico e radiográfico do paciente será mantido por tempo indeterminado, com avaliações periódicas destinadas à monitorização da vitalidade pulpar e da integridade da restauração, conforme as diretrizes estabelecidas pela International Association of Dental Traumatology (IADT, 2020).

## **2.4 Desenvolvimento das atividades desenvolvidas pela aluna Mariana Vieira Valadares de Oliveira**

### **2.4.1 Apresentação**

Me chamo Mariana Vieira Valadares de Oliveira, tenho 24 anos, sou filha de Sandra Maria Vieira Ribeiro Valadares de Oliveira e Weberson Valadares de Oliveira. A odontologia surgiu na minha vida de uma forma um tanto quanto inesperada, pois o meu sonho, desde a infância, sempre foi seguir a carreira de medicina, para me dedicar a ser uma cirurgiã cardíaca.

Eu me formei no ensino médio no ano de 2018 e, logo após, optei por fazer um curso pré-vestibular na minha cidade, em Oliveira, com o intuito de seguir trajetória na medicina, porém não obtive o resultado esperado na época. Diante dessa situação, optei por me conduzir para Divinópolis com a finalidade de tentar o curso pré-vestibular novamente. No entanto, tivemos a infelicidade de sermos surpreendidos com a pandemia da COVID 19, a qual paralisou todo o mundo e, diante disso, tive que retornar para a minha cidade e continuar os estudos em casa.

A minha virada de chave para a odontologia surgiu durante a pandemia, visto que eu me vi em uma situação bastante reflexiva, de modo que pude pensar um pouco mais sobre meu futuro, devido a esse momento em que tivemos que ficar isolados, graças à problemática da pandemia. O que senti em meu coração na época, foi que eu poderia seguir carreira na odontologia, pois, ainda assim, conseguiria ajudar as pessoas, como sempre tive o sonho de fazer, e ainda conseguiria ter um futuro tranquilo para ter e viver com minha futura família, não somente, mas também, poder orgulhar e garantir aos meus pais um retorno dos seus investimentos em minha educação. Ao entrar na Unilavras e seguir o curso, consegui me apaixonar pela profissão e pelo curso. Sei que Deus me capacitou para chegar até aqui com êxito, e eu me sinto muito grata por tudo que vivi até aqui, dentro e fora da Universidade. Eu

tive a oportunidade de me encontrar profissionalmente e vejo-me realizada e motivada a seguir contribuindo para o bem-estar e saúde das pessoas.

#### 2.4.2 Desenvolvimento das atividades: Exodontia de terceiro molar semi-incluso com relação íntima ao nervo alveolar inferior – abordagem cirúrgica

O caso clínico em questão a ser descrito foi desenvolvido no curso de Atualização em Cirurgia Oral Avançada do professor Dr. Nelson Marques.

Paciente sexo masculino, 27 anos, compareceu a clínica do Unilavras com o intuito de extrair o terceiro molar inferior esquerdo, elemento dental 38. Paciente queixava-se de dor leve, e ao avaliar, foi constatada a presença de uma pequena pericoronarite, que é caracterizada como uma infecção dos tecidos moles que circundam um dente em erupção. Durante a anamnese, foi relatado que o paciente já teve uma doença conhecida por rabdomiólise, que consiste em uma síndrome que envolve a degradação das fibras musculares, levando à liberação de substâncias intracelulares na circulação sanguínea, o que pode ocasionar complicações sistêmicas no paciente (Micheleto; Melo, 2024). Paciente negou o uso de medicamentos recorrentes e se contrapôs a quaisquer tipos de alergias medicamentosas.

Foi solicitada uma radiografia panorâmica de boca semiaberta ao paciente (figura 62) para melhor avaliação e análise do caso, com a finalidade de planejar a execução cirúrgica posteriormente. A radiografia panorâmica é um exame complementar fundamental em casos de exodontia, uma vez que possibilita a visualização da área maxilo-mandibular-facial, ou seja, é de suma importância na visualização de estruturas como dentes e as estruturas anatômicas adjacentes a ele, facilitando então o diagnóstico (Braga et al., 2022).

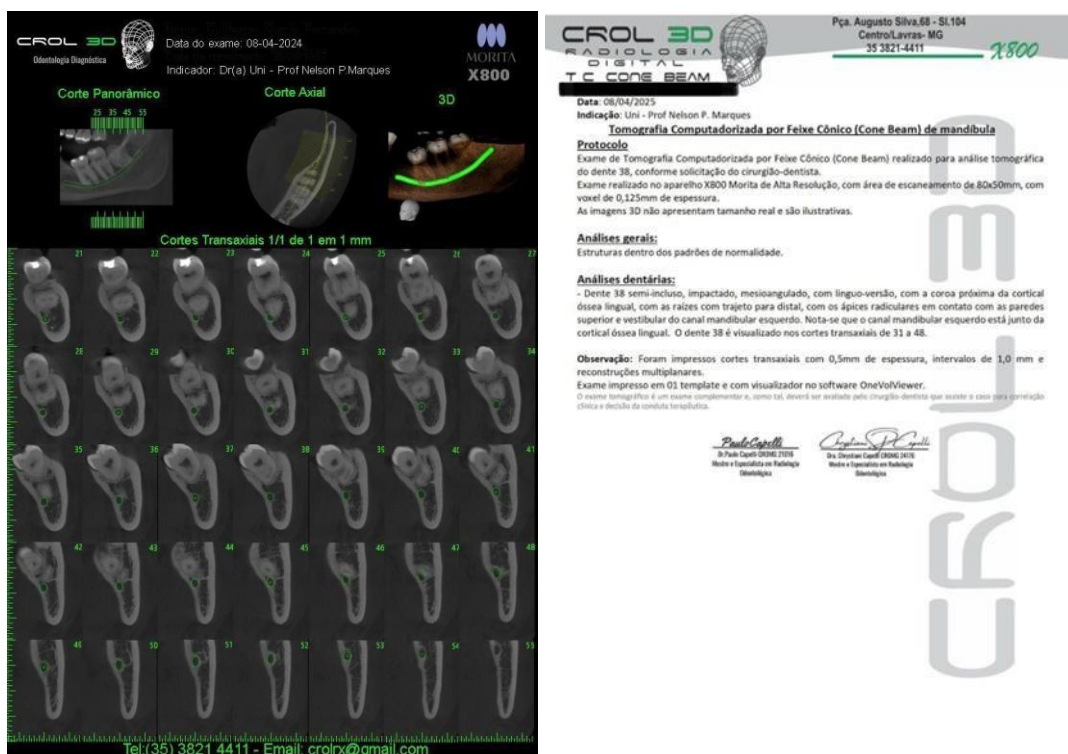
Figura 62 - Radiografia panorâmica.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025).

Ao avaliar o exame radiográfico em conjunto com o docente do curso Dr. Nelson Marques, constatou-se que o dente em questão, encontrava-se profundo em direção ao ramo mandibular e possuía suas raízes muito próximas do canal mandibular, situação na qual é cabível uma cautela, já que durante o período da cirurgia poderia ocorrer no paciente uma parestesia temporária ou até uma paralisia, dado que “o nervo alveolar é responsável por promover os estímulos sensoriais e nociceptivos nos elementos dentários dos quadrantes inferiores” (Silva. et al.,2022, p 1). Dito isso foi solicitado ao paciente uma tomografia computadorizada de feixe cônico (figura 63), já que a panorâmica oferece uma imagem limitada, somente em 2D, e a tomografia é um exame por imagem volumétrica, “pois fornece informações mais claras, com menor distorção quando comparadas às imagens bidimensionais” (Costa et al., 2022, p 3).

Figura 63 - Cortes transaxiais acompanhado do laudo tomográfico.



Fonte: CROL 3D

A tomografia computadorizada de feixe cônico dispõe de uma estrutura intitulada voxel, denominada como uma unidade básica de imagens tridimensionais. A TCFC possui voxel isométrico e isomorfo, ou seja, com altura, profundidade, largura e mesma forma, por conseguinte é capaz de proporcionar uma maior nitidez de detalhes das imagens.

Mediante o exposto é apropriado notar que no corte tomográfico 45 e 46 há um contato do canal mandibular com a lingual das raízes apenas no ápice. O laudo tomográfico consta em sua análise dentária o dente 38 semi-incluso, impactado, mesioangulado com linguo-versão, a coroa próxima da cortical óssea lingual, as raízes com trajeto para distal, os ápices radiculares em contato com as paredes superior e vestibular do canal mandibular esquerdo. Nota-se que o canal mandibular esquerdo está junto da cortical óssea lingual.

Diante disso, o planejamento cirúrgico se baseou em trabalhar somente por vestibular do elemento dental 38, visando minimizar quaisquer riscos de ocasionar uma parestesia no paciente.

No dia da cirurgia, 25/04/2025, foi aferida a pressão do paciente assim que chegou ao centro cirúrgico do UNILAVRAS, e foi constatado a pressão 120 por 60mmHg, dentro dos padrões de normalidade. Foi indicado ao paciente que aguardasse na sala de espera enquanto a biossegurança, a degermação das mãos com a escova Riohex 2% (figura 64) e a montagem da mesa clínica fossem realizadas.

Figura 64 - Degermação das mãos.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025).

A higienização das mãos se inicia removendo todos os adornos como pulseiras e anéis. Ademais, a antissepsia é realizada com a Riohex 2% e inicia-se pelas unhas friccionando as pontas dos dedos. Em seguida fricciona-se a lateral dos dedos, palma e dorso da mão levando a escova até o antebraço. Repete o processo no outro braço e enxagua-se com água corrente da ponta dos dedos até o antebraço sem encostar nas proximidades. As mãos são secadas com compressa estéril e logo após é realizado a paramentação cirúrgica, sendo colocados o capote cirúrgico e as luvas estéreis (figura 65).

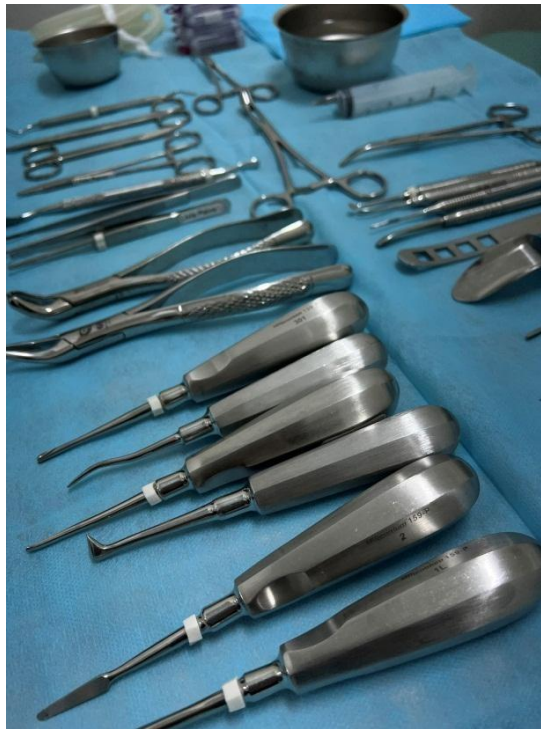
Figura 65 - Luvas Estéreis.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025).

A montagem da mesa clínica (figura 66) foi composta por kit clínico (espelho bucal, cabo para espelho, sonda exploratória e pinça clínica), pinça Backhaus, pinça Collin, carpule, cabo para bisturi, afastador de Minnesota, abaixador de língua Bruenings, descolador de Molt nº9, descolador de Molt nº 2-4, descolador Freer, periótomo, pinça hemostática Kelly curva, cuba para soro fisiológico, jogo de alavancas, fórceps 69, fórceps 17, pinça Adson, pinça Dietrich, lima para osso, porta agulha Mayo Hegar, tesoura Goldman Fox, tesoura Metzenbaum, cureta, broca esféricas, brocas 701/702 e mangueira. Os materiais utilizados foram: sugador descartável, seringa de irrigação, lâmina de bisturi nº15, fio de sutura, capote cirúrgico, clorexidina 0,12% e 2%, anestésico articaina 4%, agulha longa e soro fisiológico.

Figura 66 - Montagem da mesa clínica.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025).

Após a montagem da mesa clínica o paciente foi solicitado ao equipo. Foi executada a antissepsia do paciente com a clorexidina 0,12% intraoral e clorexidina 2% extraoral sendo a extraoral administrada com a pinça Collin e gaze. O preparo extrabucal deve ser realizado com movimentos de dentro para fora, sem voltar no mesmo lugar.

#### 2.4.3 Descrição do procedimento cirúrgico

A cirurgia deu início com a anestesia, sendo o anestésico de escolha articaína 4% com epinefrina 1:100.000 administrado com o auxílio da carpule e agulha longa. A epinefrina é caracterizada como um neurotransmissor responsável por realizar a hemostasia e faz a função de aumentar o tempo de trabalho da anestesia. A articaína foi priorizada devido à excelente capacidade infiltrativa que ela possui. Desse modo, é perceptível que a farmacologia desse anestésico age com um início mais rápido e duradouro, bem como também possui uma elevada taxa de sucesso podendo ser utilizado até em crianças (Poiese,2024). O nervo anestesiado foi o nervo alveolar inferior, através da técnica indireta do bloqueio do nervo alveolar inferior (figura 67), indicada para extração dos terceiros molares uma vez que ela nos possibilita realizar procedimentos em múltiplos dentes do quadrante que foi anestesiado, anestesia tecidos moles bucais posteriores ao 1º molar e pode anestésiar a língua devido à proximidade com o nervo

lingual. É necessário avaliar os pontos anatômicos, sendo estes: rafe pterigomandibular, incisura coronóide e plano oclusal dos molares.

Figura 67 - Anestesia BNAI através da técnica indireta.

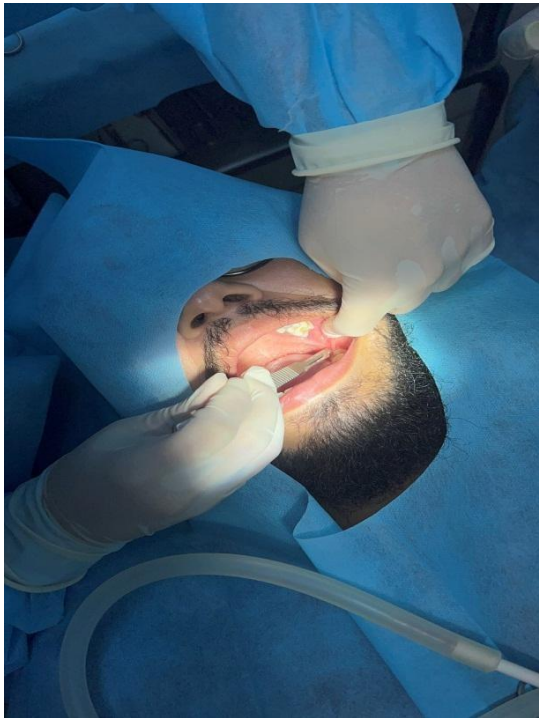


Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025).

Depois de realizado o bloqueio sensitivo do paciente, foi realizada a incisão de Maruel, conhecida como incisão envelope, ou seja, sem relaxante. É ideal para dentes erupcionados ou semi-erupcionados e consiste em uma incisão horizontal sobre a crista do rebordo alveolar, estendendo da porção disto vestibular do segundo molar, passando em volta do colo coronário dos dentes até a papila mesial do primeiro molar inferior. A incisão foi realizada com o cabo de bisturi e a lâmina nº15. De acordo com Hupp; Ellis; Tucker (2021) é preferível criar um retalho no começo da cirurgia que seja amplo o suficiente para o profissional evitar a dilaceração ou interromper o procedimento para estender mais a incisão.

Esse retalho foi escolhido porque de acordo com Barreto (2024) é o mais versátil dos retalhos cirúrgicos, pois pode ser estendido para mesial e distal para maior área de profundidade. ademais é possível realizar uma incisão relaxante oblíqua ao fundo de sulco, se houver necessidade no momento da operação, tornando o elemento dental ainda mais visível durante o descolamento do retalho. No entanto, há uma limitação ao escolher esse tipo de acesso, uma vez que ele dificulta o acesso no terço apical do dente que será extraído (figura 68) (Barreto et al., 2024).

Figura 68 - Incisão de Maruel.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025).

Posteriormente, depois de concluída a separação gengival, mediante ação do bisturi, é imprescindível que seja realizada a divulsão dos tecidos moles com os descoladores (figura 69) inseridos na cervical do dente, com a finalidade de promover uma melhor visualização do espaço anatômico, bem como romper as fibras do ligamento periodontal e proporcionar uma abertura que proporcione que as alavancas e os fórceps sejam posicionados o mais apical possível sem interferência gengival.

Figura 69 - Momento do descolamento.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025).

É interessante salientar que o descolamento nos permite visualizar osso (figura 70), desse modo nos auxilia no momento de realizar a osteotomia, ou seja, no desgaste de osso para facilitar a luxação do elemento dental.

Figura 70 - Visualização de osso após descolamento.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025).

Dentro da cirurgia há a classificação de técnicas cirúrgicas, sendo estas subdivididas em técnicas I, II e III. A técnica I é mediante a utilização dos fórceps, a técnica II acontece por intermédio das alavancas, cuja função é ser responsável pela luxação bem como também pela exérese (retirada de uma porção ou um todo do órgão dental), a técnica III ocorre por um procedimento efetuado com brocas, tanto esféricas quanto tronco-cônicas, que são as intervenções de osteotomia e odontosecção.

No procedimento cirúrgico em questão, foi realizada a técnica III, dito isso, foi necessário realizar uma osteotomia, em outros termos, um desgaste ósseo com o propósito de expor a coroa, utilizando motor de alta rotação (figura 71) com constante irrigação de soro fisiológico e broca esférica nº6 e broca tronco- cônica 701/702 com o intuito de garantir melhor profundidade.

Os objetivos da osteotomia podem ser estabelecidos por garantir uma melhor visibilidade e acesso, facilitar a luxação, diminuir a resistência óssea já que remove a cortical óssea.

Figura 71 - Execução da osteotomia e o emprego da alta rotação para o desgaste ósseo.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025).

Depois de efetuado a osteotomia, foi iniciado a exérese. Foi realizada a luxação do elemento dental com o uso dos extratores (alavancas), de forma cautelosa considerando o contato das raízes com o canal mandibular. As tentativas de avulsão foram realizadas com o uso

das alavancas reta (figura 72) e apexo nº303, inserindo a parte ativa entre o tecido ósseo e o dente, de modo a encontrar um ponto de apoio para que possam ser realizados os movimentos de girar a alavanca em seu próprio eixo e, então, exercer uma pressão no dente. De acordo com Hupp; Ellis; Tucker (2021) afrouxar os dentes antes da aplicação do fórceps dental torna o procedimento mais simples. Ao elevar os dentes antes da aplicação do fórceps, o cirurgião dentista pode minimizar a incidência de coroa, raízes e ossos quebrados.

Por fim, a luxação de dentes é conveniente antes da aplicação do fórceps, para facilitar até mesmo a remoção de uma raiz fraturada ou residual. Isso ocorre porque o uso prévio da alavanca pode proporcionar o afrouxamento da raiz no alvéolo dentário permitindo então que o fórceps efetue a sua função de remover o órgão dental do osso alveolar (figura 72).

Figura 72 - Alavanca reta usada na luxação do dente.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025).

Depois de ter adquirido a mobilidade do elemento dental de dentro do alvéolo, foi empregado o uso dos fórceps, especificamente o fórceps mandibular nº 17 (figura 73), que é um equipamento que possui o cabo reto com a ponta ativa para baixo. De acordo com Hupp; Ellis; Tucker esses fórceps têm pequenas projeções nas pontas e ambos os bicos para adaptar na bifurcação das raízes dos dentes.

Figura 73 - Exérese com o fórceps mandibular nº17.

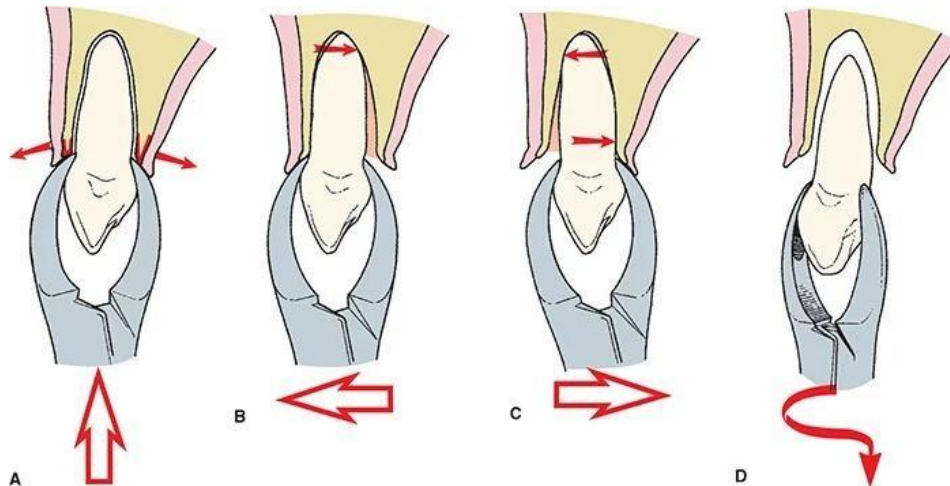


Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025).

Os fórceps devem ser adaptados na bifurcação, o mais apical possível, para minimizar os riscos de uma possível fratura radicular. Diante disso, necessita-se que sejam realizados movimentos vestibulolinguais (Figura 74) juntamente com uma força de tração para que seja possível expandir o osso alveolar e assegurar o movimento expulsivo do dente. Os fórceps podem aplicar cinco tipos de movimentos principais sendo eles: pressão apical, força vestibulolingual/palatina, pressão rotacional e força de tração. (Hupp; Ellis; Tucker, 2021).

Entretanto, é adequado enfatizar que dentes multirradiculares não suportam a pressão rotacional, uma vez que tal ação deixam os dentes mais susceptíveis à fratura da raiz, conseqüentemente dificultando o procedimento cirúrgico.

Figura 74 - Movimentos vestibulolinguais realizados pelo fórceps.



Fonte: TUCKER et al., Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea, GEN Guanabara Koogan, pág 135

Seguidamente, após a avulsão do elemento dentário (Figura 75), foi realizado o toailete cirúrgico com soro fisiológico e cureta periapical, um instrumental com duas pontas anguladas, usado para remover tecidos moles das cavidades ósseas. Não apenas, como também, pode ser utilizada para a formação de coágulos dentro do alvéolo dentário, a fim de evitar uma alveolite pós-extração e posteriormente também irá desempenhar um papel fundamental na formação de um novo osso.

Figura 75 - Dente extraído.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2025).

Concretizada a curetagem, foi executada a sutura, manobra essa que é responsável pela coaptação das bordas da incisão. Foi utilizado o porta agulha Mayo Hegar e um fio de sutura de Nylon 3-0 (Figura 76) para o procedimento. O ponto de escolha foi o ponto simples, dê modo que as bordas da sutura fechassem por 1ª intenção, ou seja, fechando totalmente e cicatrizando de fora para dentro. É apropriado mencionar que a sutura não pode sofrer tensão, nem ser muito apertadas porquê dessa forma minimizam uma isquemia e a deiscência da sutura (sutura abrir antes do momento apropriado), no entanto não podem ficar abertas para que não ocorra uma hemorragia tardia.

Figura 76 - Momento da sutura.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025).

#### 2.4.4 Prescrição pós-operatória

Finalizada a cirurgia, foi prescrito ao paciente (figura 77) antibiótico Amoxicilina 500 mg com a posologia de 8/8 h por 7 dias, corticóide Dexametasona 4mg com a posologia de 12/12 h por 3 dias, analgésico Tylex 30 mg com a posologia de 6/6 h por 3 dias ou caso de dor e um enxaguante bucal Digluconato de Clorexidina 0,12% com a posologia de bochechar 10 ml de solução 3 vezes ao dia após 48 horas de pós operatório.

O corticoide é usado para minimizar possíveis edemas pós-operatórios, consequentemente minimizando o desconforto pós-operatório, já o analgésico proporciona ao

paciente um alívio da dor, o antibiótico é indicado nos casos em que o cirurgião dentista quer combater uma infecção bacteriana ou agir na prevenção de uma infecção (Souza, 2024) e a clorexidina vai agir como um bacteriostático e bactericida agindo como um antisséptico.

Figura 77 - Prescrição medicamentosa.

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

**CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS**  
**RECEITUÁRIO**

Paciente: Guilherme Garcia Fernandes  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_

Uma semana - via oral

1. Amoxicilina - 500mg - 25 comprimidos  
tomar 2 comprimidos 8-8 das por 2 semanas
2. Dexametasona - 4mg - 6 comprimidos  
tomar 2 comprimidos 12-12 das por 3 dias

Uma semana - tópica

1. Difluorato de clorexidina - 0,12% - 3 frascos  
usar 10 ml de solução 3x ao dia após 48 das da pós-operatória

Lavras 25 de maio de 2025

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

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

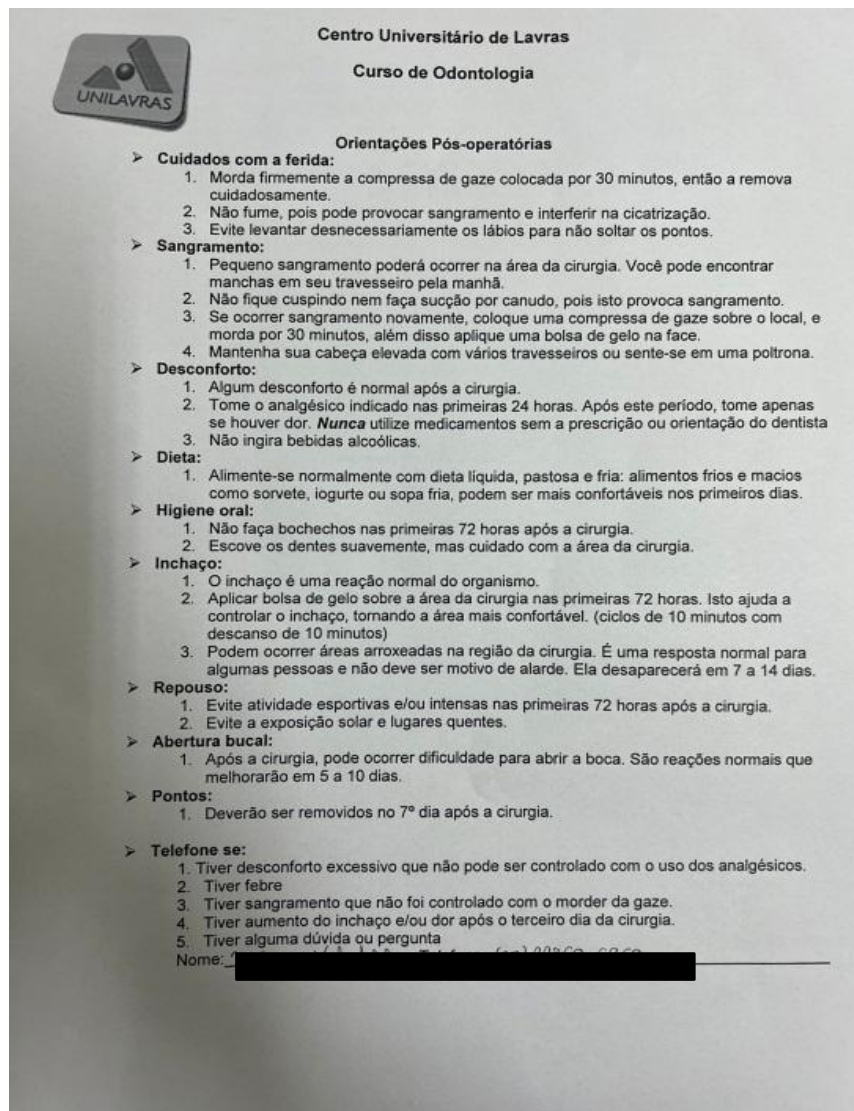
Clínica Odontológica - UNILAVRAS  
Rua Padre José Poggei, 506  
Bairro Padre Dâmaso  
37203-593 - Lavras/MG

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

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025)

Foi passado ao paciente também todas as recomendações pós-operatórias (Figura 78) para que a sua recuperação seja a mais tranquila possível, sem intercorrências.

Figura 78 - Recomendações pós-operatórias.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2025)

#### 2.4.5 Pós-operatório

Após a cirurgia, foi orientado ao paciente que o ideal é realizar a remoção das suturas com sete dias, no entanto, foi explicado ao paciente que buscasse uma UBS ou o CEO de Lavras para a remoção, pois no curso não teria clínica após decorrido os sete dias. O prognóstico do paciente foi muito bom, mesmo com edema, pois já era de se esperar devido a osteotomia que foi realizada. Não houve infecções, hemorragias tardias e nenhum tipo de problema que saísse fora do esperado.

Paciente foi a clínica do UNILAVRAS, no horário da clínica de cirurgia em que a cirurgiã-dentista estava de monitora, 3 dias após a cirurgia, para que fosse verificado o pós-

operatório e para que pudesse ser aplicado um laser de baixa potência com a finalidade de ajudar na dor, auxiliar na cicatrização e no edema.

No mais, sem queixas agravantes por parte do paciente. Foi mantido o contato com o paciente durante o pós-operatório, e com isso conclui-se o tratamento do mesmo.

## **2.5 AUTOAVALIAÇÃO**

### **2.5.1 Autoavaliação da aluna Joice Aparecida Barbosa**

Na faculdade, tive a oportunidade de vivenciar diversas áreas da odontologia, desde os atendimentos básicos até o procedimento mais complexos, o que me ajudou a ter uma visão bem ampla da profissão. Os atendimentos clínicos, os desafios enfrentados nos estágios e o contato direto com os pacientes não me ensinaram apenas a aplicar a prática da teoria aprendida, mas a escutar, acolher e respeitar cada pessoa que se sentou na cadeira odontológica. Aprendi a importância da empatia, da ética e da responsabilidade em cada atendimento, valores que levarei por toda minha vida profissional.

A realização do Trabalho de Conclusão de Curso foi um grande desafio, mas também um enorme aprendizado na minha trajetória acadêmica. Ao desenvolver meu TCC sobre o manejo com crianças dentro da odontopediatria, pude perceber o quanto a prática odontológica vai muito além da técnica: ela exige sensibilidade, paciência e muito preparo emocional.

Durante o processo, enfrentei muitas dificuldades, principalmente na busca por artigos e na organização das minhas ideias. Às vezes parecia impossível colocar no papel tudo aquilo que eu queria transmitir. Planejei muito, imaginei um trabalho quase perfeito, mas percebi que, na prática, nosso esforço muitas vezes parece insuficiente diante do ideal que criamos. Ainda assim, me dediquei muito e, mesmo com todas as inseguranças, consegui construir um trabalho que representa meu esforço e meu amor pela odontopediatria.

Finalizar esse trabalho me trouxe uma mistura de alívio, felicidade e gratidão. Aprendi que o percurso é tão importante quanto o resultado. Cada desafio enfrentado, cada dúvida superada e cada momento de insegurança foram parte fundamental do meu crescimento. Mais do que produzir um trabalho acadêmico, essa experiência fortaleceu em mim a paixão pela odontologia e me deixou ainda mais confiante para atuar de maneira ética, humana e comprometida na profissão que escolhi.

### 2.5.2 Autoavaliação da aluna Júlsenne Torres de Carvalho Costa

No decorrer desses 5 anos, tive a oportunidade de amadurecer não somente como profissional da área da saúde, mas também como pessoa. Vi muitas coisas ao longo desta graduação, que me mostraram como é importante demonstrarmos solidariedade, acolher e ouvir quando necessário. Pude ver que as coisas não vêm de maneira fácil, que tudo requer esforço e dedicação. Tive a chance de aprender com os meus erros, de compartilhar momentos de ansiedade, apreensão, mas também momentos de vitórias e sentimento de dever cumprido.

O caso descrito foi um grande desafio na minha graduação, pois pude perceber como a saúde bucal afeta a vida social do paciente, e como é importante darmos atenção aos pacientes e familiares durante e no pós-tratamento, isso é algo que vou levar para minha carreira.

Em cada consulta, era visível a gratidão do paciente pela atenção e cuidados recebidos, e isso enchia meu coração alegria, e, embora a adaptação protética não tenha atendido às minhas expectativas devido à complexidade do caso, foi uma experiência que marcou minha trajetória.

Estou chegando ao final da minha graduação, ciente que tenho muito a aprender, que isso foi apenas o começo e ainda há um longo caminho a percorrer, mas hoje, sei que estou muito à frente da estudante que chegou na universidade sem saber se conseguiria chegar ao final do curso. Estou realizando agora, parte do meu objetivo e, com tudo que aprendi, sei que alcançarei meu sonho de infância de ser uma dentista.

### 2.5.3 Autoavaliação da aluna Maria Eduarda Araújo Soares

A realização do Trabalho de Conclusão de Curso representa um importante marco na formação acadêmica e pessoal de todo aluno. Ao trabalhar no meu TCC, pude refletir sobre toda a minha trajetória desde o início da graduação em odontologia. Lembrei das dificuldades do primeiro ano, da ansiedade antes dos primeiros atendimentos e de como cada semestre sempre trazia novos desafios. Esse projeto não representa apenas a aplicação dos conhecimentos que adquiri, mas também o crescimento pessoal e profissional que vivi ao longo desses 5 anos.

Durante a escrita, tive a oportunidade de aprofundar em estudos sobre traumas dentários e atendimento na odontopediatria. Isso fortaleceu minha habilidade de buscar informações científicas e aplicar o que aprendi na prática clínica. O desafio de atender um paciente infantil em situação de urgência exigiu de mim não apenas conhecimento teórico e técnico, mas também sensibilidade, paciência e técnicas de manejo de comportamento. Foi gratificante ver como o

atendimento humanizado e o carinho pode transformar a vivência de uma criança e essa experiência foi essencial para minha formação como cirurgiã-dentista.

Dentre as dificuldades que o caso apresentou, a mais desafiadora foi o manejo de uma criança que estava assustada, sentindo dor e medo. Fazer com que essa criança se sentisse confortável e apresentasse um bom comportamento durante o tratamento foi um verdadeiro desafio. Além disso, transformar a complexidade do atendimento clínico em um relato científico claro e objetivo, seguindo todas as normas acadêmicas, também trouxe seus desafios. Contudo, consegui manter o discernimento, cuidado e a habilidade técnica necessários para conduzir as dificuldades clínicas com leveza, além de ter resiliência e persistência para desenvolver a parte teórica do trabalho.

A realização deste TCC me proporcionou um grande crescimento, tanto acadêmico quanto pessoal. Sinto que estou saindo dessa etapa não só mais preparada para atuar como cirurgiã-dentista, de maneira ética, empática e com a qualificação técnica necessária, mas também mais apaixonada pela ideia de um dia fazer a diferença na vida dos meus pacientes. Essa experiência reforçou o meu amor pela profissão e meu compromisso em buscar sempre mais conhecimento e oferecer um atendimento de excelência.

#### 2.5.4 Autoavaliação da aluna Mariana Vieira Valadares de Oliveira

Ao longo desses 5 anos em que cursei o curso de odontologia no UNILAVRAS, tive a oportunidade de adquirir conhecimentos que vão extra muro, pois foram conhecimentos que moldaram a minha perspectiva em relação a odontologia, e também, formaram a profissional que me tornei. Há 5 anos atrás, eu era uma pessoa que tinha a mentalidade em relação à odontologia da mesma maneira que o senso comum, pois tinha a concepção de que a odontologia era apenas dente, e que transmitia medo aos pacientes.

No decorrer do curso, fui capaz de me apaixonar pela profissão, pelo curso e tive minha mentalidade totalmente remodelada, em decorrência da minha experiência clínica e estudantil que tive durante meus anos na graduação. As experiências com meus pacientes e com meus docentes me propiciaram ver que a odontologia vai além dos dentes, uma vez que aprendi a enxergar a odontologia como uma forma de cuidar da autoestima das pessoas, possibilitar a prevenção de doenças, cuidar de pacientes hospitalizados, tratar a estética dentre muitas outras possibilidades que a odontologia nos garante.

No que diz respeito às habilidades práticas, sou muito grata aos meus educadores, pois graças as suas orientações, fui capaz de aprimorar minha destreza manual, aprendendo inúmeras

técnicas de manuseio, de realização dos procedimentos odontológicos e também a como me portar nos atendimentos aos pacientes. Eu também tive o privilégio de colocar em prática o que aprendi nos estágios proporcionados pela universidade, o que foram de grande resultado para mim, uma vez que tive a chance de me sentir mais próxima de um dia a dia clínico. Agradeço especialmente ao professor Dr. Nelson Marques, pois ele foi essencial na minha trajetória, já que ele me despertou o amor pela área da cirurgia na odontologia.

Em relação ao caso clínico, que foi mencionado anteriormente, pude realizar uma autoavaliação mais íntima e concluir que a cirurgia realmente me faz ter brilho nos olhos. Foi um procedimento um tanto quanto desafiador para mim, principalmente por ter enfrentado coisas novas, mas ao chegar ao resultado satisfatório e ouvir do paciente que “precisamos de mais dentistas como você, humano e empático” fez tudo valer a pena. Sinto-me mais confiante para executar procedimentos cirúrgicos de grau mais elevado, e sei que com mais práticas conseguirei chegar aonde tanto almejo.

A escolha do caso clínico foi de grande valia para mim, pois sempre tive um apreço pela área da cirurgia. Após finalizado esse caso, tive a certeza que eu pretendo me especializar em cirurgia oral menor, para aprofundar meus conhecimentos e melhorar minhas habilidades nos procedimentos cirúrgicos. No entanto, tenho muito interesse em me especializar também em outras áreas da odontologia, como, por exemplo, a dentística e cogito também a harmonização, para que através do meu trabalho eu possa transformar sorrisos e também a autoestima dos meus pacientes. Estas são algumas das áreas de grande valia para a odontologia, e eu também sinto apreço por essas especialidades. No mais, sei que não pretendo parar de aprender e continuar evoluindo nas minhas áreas de interesse.

Agradeço a minha família pelo apoio incondicional. Agradeço por todas as palavras de carinho e por permitir que eu chegasse até aqui. Esse caminho foi desafiador, mas saber que eu tinha o apoio de vocês tornou tudo mais fácil.

Creio que Deus me capacitou até aqui e sei que não vai me desamparar no decorrer da minha profissão. Almejo estar sempre em busca de melhorar profissionalmente, com a finalidade de obter um crescimento contínuo. Desejo aprimorar-me nas áreas de interesse e nas que possuo maior dificuldade com o intuito de fornecer um tratamento mais completo aos meus futuros pacientes e sei que continuarei a olhar o ser humano como um todo e vendo que a profissão vai além apenas dos dentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, L. N. S.; DIAS, B. A. S.; MEDEIROS, F. de; MENDES, J.; SILVA, G. C. B. da.; VASCONCELOS, M. G.; VASCONCELOS, R. G. Dental color selection: A clinical analysis of methods, techniques and chromatic challenges in restoring dentistry. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e10010615685, 2021.

AMORIM, Raquel G.; BARROS, Luiz A. de. Técnicas de manejo comportamental utilizadas em odontopediatria: revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 24, n. 2, p. 87-92, 2019.

AMORIM, Rita C.; SILVA, Patrícia S. Aplicabilidade da técnica Tell-Show-Do no atendimento odontológico infantil. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 1, p. 27-32, 2020.

ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M.; ANDERSSON, L. **Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth**. 4. ed. Oxford: Blackwell, 2007

ANDREDUOLO, R.; VASCONCELLOS, F.; ANDRADE, A.; GROISMAN, M.; VIDIGAL JÚNIOR, G. M. Implante imediato na região anterior: aspectos cirúrgicos e protéticos. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 1, p. 55, 2016.

BAKSHSH, T. A.; KHAN, S. J.; GHARAMAH, H. A.; ALSHOAIBI, E.; TURKISTANI, A.. Nondestructive evaluation of microleakage in restored primary teeth using CP-OCT. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, 24(6), 919-919, 2021.

BARRETO, S. S.; LIMA, C. A.; SOUZA, A. P. Incisões e retalhos: orientações e guia prático. **Revista Fluminense de Odontologia (Online)**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 63, p. 13-20, jan./abr. 2024.

BAUSEN, A. G.; COSTA, M. L.; FERNANDES, P. R. et al. Proteção da vitalidade dentino-pulpar em odontopediatria: uma revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 61, n. 2, p. 113-121, 2020.

BOBAK, Joseph A.; KHANNA, Naveen R.; VIJHANI, Parth. Amoxicillin. In: **StatPearls** [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482250/>. Acesso em: 5 abr. 2025.

BRAGA, Milayde S.; KAWAUCHI, Márcia Y.; BORGES, Marília M. **Radiologia e Imaginologia Odontológica**. Porto Alegre: Sagah, 2022. E-book. ISBN 9786556903149. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786556903149/>. Acesso em: 25 abr. 2025.

BROWN, Michele Antonette. **Estudo comparativo da alteração de risco periodontal a partir do tratamento periodontal realizado em duas fases: análise secundária de um ensaio clínico randomizado**. 2014. 24 f. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/197002>. Acesso em: 28 fev. 2025.

COELHO-DE-SOUZA, F. H. Efeito do bisel e do material restaurador sobre a resistência à fratura coronária em pré-molares inferiores com restaurações cervicais. **Stomatos**, v. 14, n. 27, p. 26–35, 2008.

COSTA, Luana F.; RODRIGUES, Cleomar D.; BOTELHO, Tessa L. Avaliação da relação do terceiro molar inferior com o canal mandibular por meio da tomografia computadorizada de feixe cônico. **Revista Odontológica do Brasil Central**, Goiânia, v. 31, n. 90, 2022. Disponível em: <https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/1550>. Acesso em: 4 abr. 2025.

CUNHA, Renata F.; SANTOS, João M.; OLIVEIRA, Carla P. O uso de brinquedos terapêuticos como técnica de distração em odontopediatria. **Revista Odontológica Brasileira Central**, São Paulo, v. 28, n. 79, p. 49-54, 2020.

ESCOLA DE APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL DE GOIÁS (EAP GOIÁS). **Anestesia em Odontopediatria**. 2023. Disponível em: <https://eapgoias.com.br/anestesia-em-odontopediatria/>. Acesso em: 22 de Março de 2025.

FARIS, Ahmed; SMITH, John; LEE, Min et al. Characteristics of suture materials used in oral surgery: systematic review. **International Dental Journal**, v. 72, n. 3, p. 278-287, 2022.

GABARDO, Luis H.; ROSKAMP, Liliane; MATTOS, Natanael H. et al. Gestão de traumatismo dentário segundo a International Association of Dental Traumatology (IADT): atualizações recentes. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 20, n. 2, p. 328-335, 2023.

GUEDES-PINTO, Antônio Carlos. **Odontopediatria**. 9. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2016. E-book. ISBN 9788527728881. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527728881/>. Acesso em: 29 mar. 2025.

HABER J, Wattles J, CROWLEY M, Mandell R, JOSHIPURA K, Kent RL. Evidence for cigarette smoking as a major risk factor for periodontitis. **J Periodontol**. 1993 Jan;64(1):16-23.

HUPP, James R.; ELLIS, Edward; TUCKER, Myron R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. E-book. ISBN 9788595157910. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595157910/>. Acesso em: 28 abr. 2025.

**INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY**. 2020 *IADT Guidelines for the Evaluation and Management of Traumatic Dental Injuries*. 2020. Disponível em: <https://iadt-dentaltrauma.org/guidelines-and-resources/guidelines/>. Acesso em: 23 jun. 2025.

JOHNSON, D. B.; LOPEZ, M. J.; KELLEY, B. **Dexamethasone**. In: STATPEARLS. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023.

LIMA, Gabriela S.; ALMEIDA, Paula R.; COSTA, Felipe M. Abordagens integradas no atendimento odontopediátrico: uma análise atual. **Revista Odontológica Pediátrica**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 22-30, 2023.

- LIMA, Gabriela S.; ALMEIDA, Paula R.; COSTA, Felipe M. Técnicas de manejo comportamental na odontopediatria moderna. **Revista Brasileira de Odontopediatria**, Salvador, v. 18, n. 1, p. 33-41, 2021.
- LUCENA, A. L. R.; BARBOSA, C. M.; FERREIRA, J. P. S.; LIMA, D. A. N.; COSTA, M. F. C. Cores em restaurações estéticas: conceitos e fundamentos práticos. **Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v. 15, n. 4, p. 235-240, 2016.
- LUZ, A. L. A.; SOUZA, M. P.; FERNANDES, C. R. Função cognitiva e controle da pressão arterial em idosos hipertensos. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.18382021>. Acesso em: 16 mar. 2025.
- MACHADO, Andréa C.; WALTER, Luciana R. A. Abordagem psicológica do comportamento infantil em odontologia: uma revisão. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**, São Paulo, v. 74, n. 4, p. 342-346, 2020.
- MARTINEZ-CANUT P.; LORCA A.; MAGÁN R. Smoking and periodontal disease severity. **J Clin Periodontol**. v. 22(10):p. 743-9, 1995.
- MARTINS, Tatiana M. M.; SANTOS, Tatiane M. **Técnicas de manejo comportamental em odontopediatria**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Odontologia) - Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ucs.br/xmlui/bitstream/handle/11338/8905/TCC%20Tatiane%20Magalhães%20dos%20Santos.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2025.
- MELO, Thiago C. de. Influência dos pais no comportamento das crianças em consultórios odontológicos. **Revista de Odontologia Infantil**, Recife, v. 26, n. 3, p. 112-118, 2023.
- MICHELETO, João P. C.; MELO, Karina A. **Rabdomiólise**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina) - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2023. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/123456789/13238>. Acesso em: 2 abr. 2025.
- MOHAMMED, Rami B.; KHAN, Samir A.; PATEL, Vikram et al. Local anesthetic agents in pediatric dentistry: an update. **Anesthesia: Essays and Researches**, v. 8, n. 2, p. 149-153, 2014.
- MONTEIRO, Maria B.; LOPES, Carla R.; DUARTE, Sofia M. et al. Terapia miofuncional e reabilitação de funções orofaciais em crianças. **Revista de Fonoaudiologia e Saúde**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 80-87, 2021.
- MOREIRA, Paula C.; RIBEIRO, Ana L.; GOMES, Tiago F. et al. Modelagem comportamental na prática odontológica pediátrica. **Arquivos de Odontologia**, Belo Horizonte, v. 57, n. 3, p. 45-50, 2021.
- NEDER, A.C.; ARRUDA, J.V., Anestesiologia odontológica, p. 51, 1980.
- NETTO, Eduardo P. G.; NASCIMENTO, Francisco L. N. **Articulador semi-ajustável: uma avaliação histórica, descrição, desenvolvimento e utilização clínica**. 2010. Disponível em: <https://gustavocosenza.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/11/nascimento-neto-francisco-libanio-articulador-semi-ajustavel.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2025.

OLIVEIRA, Gabriela P.; RODRIGUES, Gustavo V. O.; BRESSAN, Mariana C. Prótese total imediata: uma possibilidade de reabilitação provisória. **Medicina, Odontologia, Saúde Coletiva**, v. 27, n. 128, nov. 2023. Disponível em: <https://revistaft.com.br/protese-total-imediata-uma-possibilidade-de-reabilitacao-provisoria/>. Acesso em: 25 mar. 2025.

OLIVEIRA, Luma de; PINHEIRO, Beatriz V. A importância do reforço positivo no manejo do comportamento infantil em odontologia. **Revista Saúde.Com**, Uberaba, v. 15, n. 2, p. 75-81, 2020.

OLIVEIRA, Pedro E. S. **Avaliação do conhecimento de professores do ensino fundamental quanto ao manejo emergencial de traumatismo dentário**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Fundação Educacional de Lavras, Lavras, 2022. Disponível em: <https://dspace.unilavras.edu.br/items/7088ede6-4a53-4781-ab31-9b2b25f31d1a>. Acesso em: 29 mar. 2025.

POLESE, Filipe. **Anestesia local em odontologia: principais técnicas anestésicas**. Anestesia, 2024. Disponível em: [https://www.anestesia.com.br/wp-content/uploads/2024/11/artigo\\_anestesia\\_Filipe-Polese\\_11-2024-1.pdf](https://www.anestesia.com.br/wp-content/uploads/2024/11/artigo_anestesia_Filipe-Polese_11-2024-1.pdf). Acesso em: 27 abr. 2025.

REIS, J. M. S. N.; COSTA, F. A.; LIMA, R. P. et al. Moldagem em prótese total: uma revisão da literatura. **RFO**, Passo Fundo, v. 12, n. 1, p. 70-74, jan./abr. 2007.

ROSSI, Rafael M.; FERREIRA, Lucas C.; ALVES, Pedro H. et al. Considerações sobre o uso de fios de sutura absorvíveis em procedimentos odontológicos. **Revista Brasileira de Odontologia Clínica Integrada**, v. 24, 2020.

SANTANA, A. C. G.; LOPES, M. F.; COSTA, B. R. et al. Técnicas para recuperação estética-funcional de dentes anteriores fraturados em odontopediatria. **FACSETE Health Sciences**, v. 3, n. 2, 2024.

SANT'ANNA, Ricardo M.; SILVA, Rafael A.; SILVA, Laura V. Aspectos éticos e legais das técnicas de manejo de comportamento em odontopediatria: uma revisão narrativa da literatura. **Revista Brasileira de Odontologia Legal**, v. 7, n. 2, p. 70-80, 2020.

SANTOS, Amanda da S. O manejo comportamental na odontopediatria moderna: humanização e técnicas eficazes. **Revista Odontológica Brasileira**, Curitiba, v. 29, n. 1, p. 33-39, 2022.

SCOMBATTI, Sérgio L. Entendendo o osso alveolar antes e após a exodontia. **Revista ImplantNews**, 2020.

SILVA, A. B.; CARNEIRO, C. D. Técnicas de seleção cromática em odontologia estética. **Revista Brasileira de Odontologia Estética**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 45-52, 2021.

SILVA, A. A. R.; LIMA, C. E.; COSTA, F. M. et al. Traumatismo dental na infância: uma revisão da literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 11, p. 2329-2336, 2023.

SILVA, I. C. A.; SOBRAL, A. S.; SANTOS, N. P. et al. Parestesia do nervo alveolar inferior e sua relação com a cirurgia de terceiro molar. **E-Acadêmica**, v. 3, n. 3, p. e0833254, 2022.

- SILVA, João F.; PEREIRA, Marcos A. Técnicas de sutura em cirurgia bucal: fundamentos e aplicações clínicas. **Revista Odontológica Brasileira**, v. 29, n. 2, p. 112-119, 2021.
- SILVA, R. A.; MARTINS, P. C.; LIMA, F. R. et al. Análise quantitativa de frenectomias realizadas no contexto do SUS após obrigatoriedade do teste da linguinha. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, spe5, p. 1-10, 2022.
- SOARES, A. P; ARRUDA, M. E. B. F; PERUCHI, C. T. R. Variação morfológica de segundo molar superior com duas raízes palatinas: relato de caso. **Rev uningá**. v 25, n. 2, p. 44-49, 2021.
- SOARES, Cláudia Maria de Oliveira. O uso da tomografia computadorizada de feixe cônico na odontologia: revisão de literatura [recurso eletrônico]. 2021. 44 f. Monografia (Especialização em Radiologia Odontológica) – Faculdade São Leopoldo Mandic, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.slmandic.edu.br/TerminalWebRI/acervo/detalhe/164457>. Acesso em: 27 abr. 2025.
- SOUSA, S. F. T. Seleção de cor - restaurações anteriores diretas. **Gandra: Instituto Universitário de Ciências da Saúde**, 2019.
- SOUZA, D. M.; COSTA, L. F.; RIBEIRO, P. H. et al. A importância do vínculo afetivo no atendimento odontológico infantil. **Revista Saúde e Bem-Estar**, Belo Horizonte, v. 22, n. 3, p. 150-157, 2022.
- SOUZA, Daniel Silva. Terapia medicamentosa na odontologia: revisão de literatura. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro Universitário UNIFACIG, Manhuaçu, 2021. Disponível em: <https://www.pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositoriottcc/article/view/3217>. Acesso em: 28 abr. 2025.
- SOUZA, Edson de. **A relação do fumo na doença periodontal**. 2023. Monografia (Especialização em Periodontia) - Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.slmandic.edu.br/TerminalWebRI/VisualizadorPdf?codigoArquivo=23340&tipoMidia=0>. Acesso em: 17 mar. 2025.
- SOUZA, L. A. B.; COSTA JUNIOR, F.; PINTO, E.V. O uso racional dos antibióticos na odontologia. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 10, n. 11, p. 3422–3440, 2024.
- STANGLER, M. I.; LUBIANCA, J. P.; LUBIANCA, J. N. et al. Dipyrone as pre-emptive measure in postoperative analgesia after tonsillectomy in children: a systematic review. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 87, p. 227-236, 2021.
- TANAKA, H.; FINGER, I.; PORTER, M. M. J. A new semi adjustable articulator. Part II: Adjustment of a new-concept articulator. **J Prosth Dent**, v. 33, n. 2, p. 158-67, feb. 1975
- TELLES, Daniel. Prótese Total: Convencional e Sobre Implantes. São Paulo: Santos, 2009. 492p. ISBN 9788572887564.
- VENDA, P. V.; SANTOS, L. M.; FERREIRA, C. P. et al. Técnicas de manejo comportamental no atendimento odontopediátrico. **Revista Ciência em Extensão**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 85-91, 2019.

