

CENTRO UNIVERSITÁRIO CENTRAL PAULISTA
UNICEP SÃO CARLOS
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

Geovanna dos Reis Stéfano

**Fechamento de diastema após frenectomia labial superior associada à técnica de
sedação consciente inalatória com óxido nitroso: relato de caso**

São Carlos

2023

Geovanna dos Reis Stéfano

**Fechamento de diastema após frenectomia labial superior associada à técnica de
sedação consciente inalatória com óxido nitroso: relato de caso**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Central Paulista – UNICEP São Carlos - como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Profa. Dra. Natália Domingues Bertolo,
Coorientador: Prof. Dr. Regynaldo Zavaglia Neto

São Carlos

2023

STÉFANO, Geovanna

Fechamento de diastema após frenectomia labial superior associada à técnica de sedação consciente inalatória com óxido nitroso: relato de caso /Geovanna dos reis Stéfano. – São Carlos: Unicep, 2023. 26pp

Orientador (a): Profa. Dra. Natália Domingues Bertolo

Coorientador (a): Prof. Dr. Regynaldo Zavaglia Neto

Monografia (Conclusão de Curso) – Centro Universitário Central Paulista, Unicep, Odontologia, 2023.

1. Frenectomia. 2. Sedação inalatória. 3. Freio Labial. 4. Ansiedade
5. Diastema. 6 Cirurgia. 7 Crianças. I. Fechamento de diastema após frenectomia labial superior associada à técnica de sedação consciente inalatória com óxido nitroso


Geovanna dos Reis Stéfano

**Fechamento de diastema após frenectomia labial superior associada à técnica de
sedação consciente inalatória com óxido nitroso: relato de caso**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “Bacharel em Odontologia” e aprovado em sua forma final pelo Curso de Odontologia do Centro Universitário Central Paulista – UNICEP São Carlos.

São Carlos, 24 de novembro de 2023.

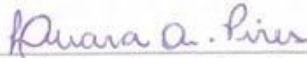
Banca Examinadora:



Prof. Dra. Natalia Domingues Bertolo
Orientadora
Instituição UNICEP São Carlos



Prof. Dr. Reginaldo Zavaglia Neto
Avaliador
Instituição UNICEP São Carlos



Prof. Dra. Luara Aline Pires
Avaliadora
Instituição UNICEP São Carlos

Dedicatória

Este trabalho é dedicado aos meus familiares, amigos e queridos professores.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que fizeram parte da minha formação, principalmente minha família e amigos pelo constante apoio e incentivo durante todos os momentos da minha vida.

À minha orientadora Profa. Dra. Natalia Domingues Bertolo e meu coorientador Prof. Dr. Reginaldo Zavaglia Neto, por todo o suporte, atenção e incentivo que obtive junto com eles.

Aos meus queridos amigos e colegas de sala que me apoiaram em cada momento de conquistas e dificuldades que surgiram durante esses anos.

Aos professores do Curso de Odontologia que fizeram parte na minha jornada acadêmica.

RESUMO

Este trabalho objetivou relatar o caso clínico de uma paciente do sexo feminino, 09 anos de idade, com a necessidade da liberação cirúrgica do freio labial superior por indicação ortodôntica, devido a presença de diastema entre os elementos dentários 11 e 21. Foi utilizada a sedação consciente inalatória com óxido nitroso (N₂O) e oxigênio (O₂) para reduzir medo e ansiedade apresentados pela paciente. Com a criança sedada, iniciou-se com a anestesia infiltrativa e a liberação do freio labial superior pela técnica cirúrgica convencional com lâmina fria. Após a desinserção das fibras e sutura, o procedimento foi finalizado com a aplicação de laser de baixa potência. Após recuperação cirúrgica, a paciente deu sequência com o tratamento ortodôntico com aparelho fixo e obteve-se o fechamento completo do diastema. Dessa forma, a liberação cirúrgica do freio labial superior com o recurso da sedação consciente favoreceu a cooperação da paciente e promoveu conforto e segurança para obter-se o sucesso do procedimento proposto, além disso a intervenção ortodôntica com o uso do aparelho fixo foi indispensável para a conclusão e resolução da presença do diastema interincisivos centrais.

Palavras-chave: Freio Labial. Frenectomia. Diastema. Ansiedade. Sedação consciente inalatória.

ABSTRACT

This study aimed to report the clinical case of a female patient, 9 years old, with the need for surgical release of the upper lip frenulum due to orthodontic indication, due to the presence of diastema between dental elements 11 and 21. Sedation was used conscious inhalation with nitrous oxide (N₂O) and oxygen (O₂) to reduce fear and anxiety presented by the patient. With the child sedated, infiltrative anesthesia began and the release of the upper labial frenulum using the conventional surgical technique with a cold blade. After removing the fibers and suturing, the procedure was completed with the application of a low-power laser. After surgical recovery, the patient continued orthodontic treatment with fixed appliances and complete closure of the diastema was achieved. Thus, the surgical release of the upper labial frenulum using conscious sedation favored the patient's cooperation and promoted comfort and safety to achieve the success of the proposed procedure. Furthermore, orthodontic intervention with the use of the fixed appliance was essential for the conclusion and resolution of the presence of the central interincisor diastema.

Keywords: Lip Brake. Frenectomy. Diastema. Anxiety. Inhaled conscious sedation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Aspecto clínico inicial. (A) Visão frontal do sorriso; (B) Evidenciação do freio labial superior durante tracionamento da mucosa.	15
Figura 2 - Paciente sob sedação consciente inalatória com óxido nitroso e oxigênio.....	16
Figura 3 – Transoperatório. (A) Técnica da anestesia infiltrativa; (B) Freio labial superior após pinçamento com hemostática e início da incisão; (C) Aspecto clínico após a liberação cirúrgica.....	16
Figura 4 - Manobra de fricção com gaze para liberação da inserção do freio labial superior.	17
Figura 5 – Pós-operatório imediato após realização da sutura.	18
Figura 6 - Aplicação do laser de baixa potência no local imediatamente após a finalização do procedimento cirúrgico.....	18
Figura 7 – Pós-operatório de 7 dias e remoção das suturas.....	18
Figura 8 – Fotos extra bucais. (A) Fotografia frontal; (B) Fotografia perfil; (C) Fotografia sorriso.	19
Figura 9 – Fotografia Intra oral. (A) Intra-Oral-Direita; (B) Intra-Oral-Esquerda.	19
Figura 10 – Imagem ilustrativa do movimento de corpo do aparelho fixo	20
Figura 11 – Radiografia Panorâmica inicial.....	20
Figura 12 – Foto do antes e depois do tratamento. (A) Foto inicial do diastema entre os incisivos centrais superiores; (B) Foto final após 6 meses do início do tratamento ortodôntico.	21
Figura 13 – Acompanhamento de 12 meses após a cirurgia. (A) Foto do sorriso; (B) Foto da evidenciação do freio labial superior durante o tracionamento da mucosa.....	21

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	10
2.PROPOSIÇÃO	14
3.RELATO DO CASO	15
4.CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	23
ANEXO	25

1 INTRODUÇÃO

A formação do freio labial superior ocorre durante o 3º mês de vida intrauterina e consta em uma prega da membrana mucosa e de tecido fibroso (PINTO, 2016) sendo anatomicamente triangular, com a base voltada para o fundo do sulco vestibular, aderindo-se de um lado à superfície interna do lábio superior e, do outro, à gengiva da linha mediana da maxila entre os incisivos centrais superiores conectando uma estrutura móvel a outra fixa (RULI *et al.*, 1997). Histologicamente, o mesmo é constituído de epitélio pavimentoso estratificado queratinizado, especialmente na área da gengiva inserida e, não queratinizado na área da porção vestibular, além de que, possui tecido conjuntivo denso e frouxo altamente vascularizado e, submucosa que contém glândulas mucosas e vasos linfáticos (MACEDO *et al.*, 2012).

Devido aos aspectos histológicos, o freio é capaz de se adaptar aos diversos movimentos dos lábios sem gerar grandes alterações na sua forma. Sua funcionalidade limita esses movimentos, promovendo uma estabilização na linha média do lábio e impedindo a excessiva exposição da mucosa gengival (RULI *et al.*, 1997). No recém-nascido, sua função é ainda mais significativa, com o intuito de auxiliar o movimento do músculo orbicular da boca devido ao processo de sucção do leite materno. Dessa forma, o mesmo estende-se até a papila incisiva, podendo permanecer em definitivo nessa posição ou em decorrência da expansão do rebordo ósseo alveolar decorrente do irrompimento dentário, vir a apresentar a sua inserção principal no vestíbulo bucal com algumas fibras estendendo-se e inserindo-se na região da papila incisiva (PINTO, 2016).

Ao nascimento, a estrutura do freio labial pode estar inserida na papila palatina. Porém, com o desenvolvimento e concomitante crescimento vertical do processo alveolar e dos dentes para baixo e para frente, a sua posição varia, podendo atrofiar-se e assumir posição mais elevada. Neste caso é denominado de freio labial normal. No entanto, o posicionamento anormal ou hipertrofia do freio labial superior ocorre devido o aumento em tamanho dessa inserção na papila incisiva que ocasiona dificuldade durante a escovação dos dentes, retração dos tecidos gengivais, restrição dos movimentos labiais, interferindo na fonação e estética do paciente, e ainda pode estar relacionado ao diastema interincisal (MACEDO *et al.*, 2012).

De acordo com Sewerin (1971), os freios labiais superiores são categorizados por variações da normalidade em freio simples, freio simples com apêndice e freio simples com nódulo. Além disso, os mesmos são identificados por suas características morfológicas como freio bífido, freio com recesso, freio teto labial persistente e freio duplo, podendo existir, em

alguns casos, a coincidência de duas ou mais variações ou anormalidades (PICININI & RAGUZZONI, 2016).

Dessa forma, frente ao diagnóstico de variações anatômicas do freio labial superior, a melhor oportunidade para intervenção cirúrgica ocorre na dentição mista, preferencialmente após a erupção dos incisivos laterais superiores e antes dos caninos permanentes irromperem. No entanto, a intervenção cirúrgica também pode ser indicada após a erupção dos incisivos centrais superiores, caso haja ausência de espaço para erupção dos incisivos laterais associado ao freio labial patológico e diastema interincisal (CAVALCANTE *et al.*, 2009; MACEDO *et al.*, 2012; PICININI & RAGUZZONI, 2016; RULI *et al.*, 1997).

Nos casos de freio teto labial persistente algumas características clínicas e anatômicas devem ser consideradas para a definição do planejamento e indicação da frenectomia como, por exemplo, inserção interpapilar, presença de diastema entre os incisivos centrais superiores, isquemia da papila incisiva quando realizado o tracionamento do freio labial e dificuldade no controle de biofilme nos incisivos superiores. (MACEDO *et al.*, 2012).

A técnica da frenectomia labial superior tem como objetivo remover o excesso do tecido livre interdentário, reduzir a tensão dos tecidos gengivais marginais, auxiliar na estabilidade, prevenir recidiva do diastema e restabelecer a anatomia da região, melhorando, assim, a estética e evitando problemas periodontais (CAVALCANTE *et al.*, 2009; LOPES, 2021).

A odontologia vem obtendo avanços científicos e tecnológicos visando melhorias durante os atendimentos e dessa forma proporcionando bem estar do paciente, porém, poucas pessoas aceitam um tratamento odontológico sem apresentar um grau mínimo de medo, ansiedade ou apreensão (NAZARIO, 2020).

A ansiedade é a resposta emocional decorrente da expectativa gerada por esses estímulos, caracterizada por sentimentos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação. O medo e a dor subjetiva frente ao tratamento odontológico elevam ainda mais os níveis de ansiedade do paciente, na qual é caracterizada quando o perigo não é claro, mas se apresenta de maneira vaga e persistente (COSTA *et al.*, 2017; NAZARIO, 2020; PICCIANI *et al.*, 2014; SOARES *et al.*, 2023).

Frente a esse quadro, a sensação de fuga ao tratamento são cenas corriqueiras do ambiente odontológico, e que não contribuem para uma conduta clínica eficaz, levando a um desgaste emocional e físico na relação profissional-paciente e devendo o Cirurgião-Dentista,

além de promover saúde bucal, buscar o controle adequado desta ansiedade e do medo (LADEWIG *et al.*, 2016; NAZARIO, 2020).

As crianças geralmente manifestam ansiedade abertamente e são mais propícias a expor seus medos e angústias. As abordagens iniciais diante dos procedimentos odontológicos envolveram as técnicas de manejo comportamental não farmacológicas a fim de diminuir o medo e a ansiedade do paciente infantil. Entretanto, nesse caso essa abordagem não foi suficiente para obter-se segurança e sucesso no tratamento odontológico proposto. Tratando-se de procedimentos cirúrgicos em pacientes odontofóbicos foi considerado a utilização de recursos farmacológicos para reduzir a incidência de traumas psicológicos relacionados ao tratamento odontológico (LADEWIG *et al.*, 2016; NAZARIO, 2020).

A sedação consciente inalatória com uso da mistura de gases óxido nitroso (N_2O) e oxigênio (O_2) pode ser uma opção quando as técnicas de controle comportamental não farmacológicas não são suficientes para os pacientes odontofóbicos. O N_2O é um gás incolor, de cheiro adocicado, com baixa solubilidade sanguínea e baixa afinidade lipídica, na qual, ocorre uma rápida absorção através das membranas alveolares, elevando eficazes efeitos específicos e globais no sistema nervoso central. A primeira saturação do sangue e do cérebro com N_2O ocorre de 3 a 5 minutos após o início do uso, devido à rápida substituição de N_2 por N_2O dos alvéolos e do sangue. Assim, sua ação no organismo é rápida, fato que contribui para sua baixa toxicidade e baixo índice de complicações no ato do atendimento (COSTA *et al.*, 2017; LADEWIG *et al.*, 2016; NAZARIO, 2020; PICCIANI *et al.*, 2014; SOARES *et al.*, 2013).

O N_2O possui efeito ansiolítico, relaxante e levemente analgésico, auxiliando no tratamento de pessoas que possuem histórico de experiência negativa com algum tipo de tratamento dentário (LADEWIG *et al.*, 2016; NAZARIO, 2020). O óxido nitroso deve ser sempre associado ao oxigênio, em dosagens pré-determinadas, mantendo o paciente em estado sedativo, acordado e tranquilo, conversando normalmente com o profissional tornando-se cooperativo durante o tratamento (SOARES *et al.*, 2013).

Nos primeiros minutos vai ser administrado o oxigênio a 100%, que irá diminuir gradativamente e também serão administrados 10% de óxido nitroso que irá aumentar sua porcentagem de administração, até que o profissional consiga perceber no paciente o grau de relaxamento da sedação, e dessa forma efetuar os devidos procedimentos. No final do tratamento irão ser administradas concentrações menores de óxido nitroso e será oferecido o oxigênio na concentração de 100%, até o paciente voltar às suas condições normais e, esse

tipo de sedação é considerado por muitos profissionais, como técnica sedativa ideal (COSTA *et al.*, 2017; SOARES *et al.*, 2013).

Em alguns casos, a sedação inalatória com N₂O e O₂ pode não ser eficaz, pois é necessário que o paciente aceite o uso da máscara e mantenha inalação constante da mistura dos gases, assim em crianças com dificuldade de comunicação, choro constante durante o atendimento, alguns casos de pacientes com deficiência, obstrução das vias aéreas superiores e respiradores bucais não têm indicação para o uso desta técnica sedativa (COSTA *et al.*, 2017; LADEWIG *et al.*, 2016; NAZARIO, 2020; SOARES *et al.*, 2013).

Desta maneira, a indicação da sedação inalatória consciente deve ser individualizada e pode contribuir com maior segurança, conforto e tranquilidade para o manejo comportamental de crianças odontofóbicas, reduzindo a ansiedade e o medo em procedimentos odontológicos de maior complexidade (COSTA *et al.*, 2017; LADEWIG *et al.*, 2016; NAZARIO, 2020; PICCIANI *et al.*, 2014; SOARES *et al.*, 2013).

2 PROPOSIÇÃO

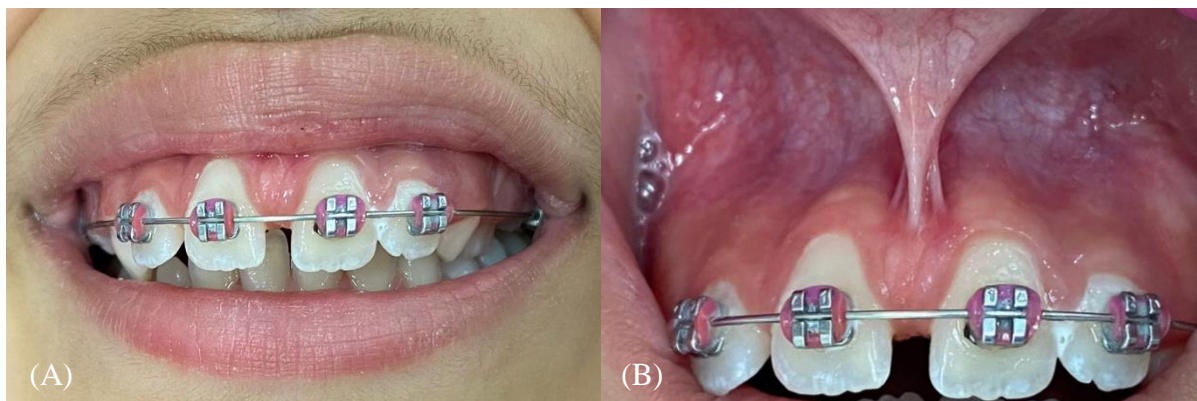
O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de frenectomia labial superior pela técnica cirúrgica convencional em um paciente infantil odontofóbico utilizando o recurso da sedação consciente inalatória com óxido nitroso (N₂O).

3 RELATO DO CASO

O caso clínico relatado é de uma paciente do sexo feminino, 09 anos, com boas condições de saúde geral. A paciente compareceu para consulta odontológica inicial acompanhada da maior e responsável com encaminhamento de um ortodontista com indicação para liberação do freio labial superior para posterior correção de diastema presente entre os incisivos centrais superiores.

Ao exame clínico da criança foi confirmada a presença de diastema entre os elementos 11 e 21, bem como o freio labial superior com baixa inserção e anatomicamente bastante fibroso e hipertrófico (Figura 1).

Figura 1- Aspecto clínico inicial. (A) Visão frontal do sorriso; (B) Evidenciação do freio labial superior durante tracionamento da mucosa.



Fonte: Autores

Durante a anamnese a responsável pela paciente não relatou quaisquer alergias ou alterações sistêmicas. Entretanto, diante da necessidade de intervenção cirúrgica, foi ressaltado pela acompanhante que a criança apresenta reações comportamentais e medo frente a procedimentos médicos mais invasivos. Desta maneira, uma vez que a criança mostrou-se ansiosa e receosa frente à necessidade cirúrgica, foi proposta a associação da técnica de sedação consciente inalatória com óxido nitroso (Rotamix Automático, Moriya®).

No dia programado para a realização do procedimento foi assinado pela responsável o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1). Iniciou-se a indução da paciente que seguiu sendo monitorada com os parâmetros de oximetria e frequência cardíaca durante todo o procedimento (Figura 2). Realizou-se antissepsia intraoral com Clorexidina 0,12%, aplicação de anestésico tópico (Benzotop, DFL®, Estados Unidos) e seguiu-se com

anestesia infiltrativa do nervo alveolar superior-anterior e do nervo nasopalatino, complementando na região de rebordo junto à inserção mais baixa do freio, utilizando Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.00 (DFL®, Estados Unidos). Após o pinçamento do freio labial superior foram realizadas duas incisões com lâmina de bisturi nº15 ao longo do freio até a sua inserção palatina (Figura 3).

Figura 2 - Paciente sob sedação consciente inalatória com óxido nitroso e oxigênio.



Fonte: Autores.

Figura 3 – Transoperatório. (A) Técnica da anestesia infiltrativa; (B) Freio labial superior após pinçamento com hemostática e início da incisão; (C) Aspecto clínico após a liberação cirúrgica.



Fonte: Autores.

Em seguida, foi realizada a desinserção das fibras aderidas ao osso para evitar recidivas utilizando manobra de fricção com gaze (Figura 4), divulsão da membrana mucosa e sutura com fio de seda 4-0 (Figura 5). O procedimento foi finalizado com a aplicação de laser de baixa potência portátil (Laser DUO®, GaAlAs, InGaAlP, $\lambda 880\text{nm}$ e $\lambda 660\text{nm}$, MM OPTICS LTDA, São Carlos, SP – Brasil), com o objetivo de minimizar o desconforto no pós-operatório e acelerar o processo de cicatrização (Figura 6).

Para o pós-operatório prescreveu-se Paracetamol 200mg/mL, 1 gota por quilo de peso, de 6 em 6 horas, durante 48 horas e recomendou-se a realização de bochechos com digluconato de clorexidina a 0,12% (PerioGard®, Brasil), por 1 minuto, duas vezes ao dia, durante 15 dias. Foram fornecidas orientações pós-cirúrgicas e pós-sedativas ao responsável pela paciente. Na consulta de pós-operatório de 7 dias foi feita a remoção da sutura e observou-se boa cicatrização tecidual da região incisionada (Figura 7).

Figura 4 - Manobra de fricção com gaze para liberação da inserção do freio labial superior.



Fonte: Autores.

Figura 5 – Pós-operatório imediato após realização da sutura.



Fonte: Autores.

Figura 6 - Aplicação do laser de baixa potência no local imediatamente após a finalização do procedimento cirúrgico.



Fonte: Autores.

Figura 7 – Pós-operatório de 7 dias e remoção das suturas.



Fontes: Autores.

O planejamento inicial do caso foi feito diante de uma documentação ortodôntica, com a finalidade de iniciar a montagem do aparelho ortodôntico antes da realização da frenectomia labial superior (Figuras 8 e 9).

Figura 8 – Fotos extra bucais. (A) Fotografia frontal; (B) Fotografia perfil; (C) Fotografia sorriso.



Fonte: Autores

Figura 9 – Fotografia Intra oral. (A) Intra-Oral-Direita; (B) Intra-Oral-Esquerda.



Fonte: Autores

Após a realização da frenectomia, a paciente continuou o tratamento ortodôntico com aparelho fixo devido ao paralelismo das raízes. Deste modo, foi realizado um movimento de corpo para fechamento dos espaços após a cirurgia do freio. O movimento de corpo e a radiografia panorâmica inicial da paciente estão representados pelas Figuras 10 e 11, respectivamente.

Figura 10 – Imagem ilustrativa do movimento de corpo do aparelho fixo



Fonte: Autores

Figura 11 – Radiografia Panorâmica inicial.

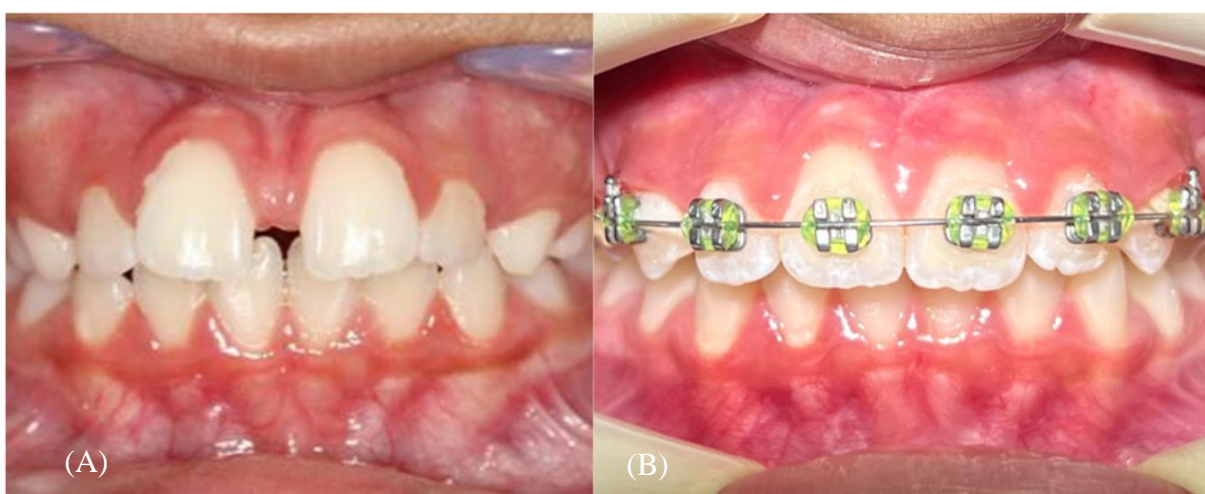


Fonte: Autores

A conduta do planejamento do caso iniciou-se pela montagem do aparelho fixo e, conseqüentemente, realizou-se a técnica cirúrgica da frenectomia labial superior. Dessa forma, durante a intervenção ortodôntica após a cirurgia, foi utilizado o fio de aço retangular “0.017 x 0.025” ocorrendo um alinhamento e nivelamento do arco e, em seqüência, o fechamento do diastema dos incisivos centrais superiores.

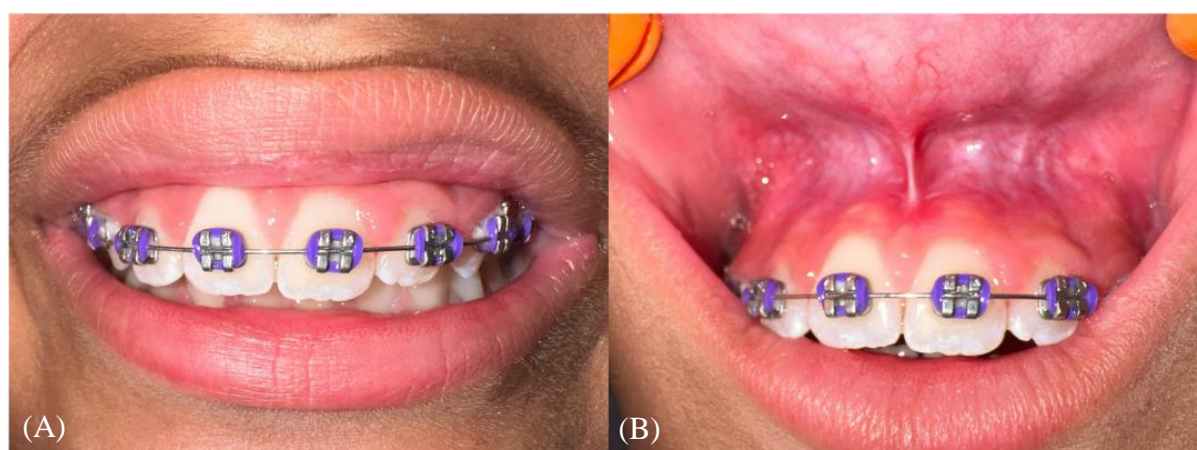
O tratamento completo do caso clínico durou 6 meses e encontra-se evidente que, não ocorreu reicidivas do freio e do diastema, resultando sucesso diante da frenectomia e do tratamento ortodôntico realizado e acompanhamento de 12 meses após a cirurgia (Figura 12 e 13).

Figura 12 – Foto do antes e depois do tratamento. (A) Foto inicial do diastema entre os incisivos centrais superiores; (B) Foto final após 6 meses do início do tratamento ortodôntico.



Fonte: Autores

Figura 13 – Acompanhamento de 12 meses após a cirurgia



4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em consideração os aspectos abordados no presente relato, observamos que é necessário realizar um diagnóstico correto, visualizando sinais clínicos como diastema mediano e isquemia da papila incisiva durante o tracionamento do lábio superior. Presenciamos que a técnica da frenectomia com desinserção profunda foi necessária devido ao diastema mediano entre os incisivos centrais superiores, visando o rompimento das fibras, prevenindo recidivas de espaços interincisivos e promovendo um bom prognóstico durante o tracionamento ortodôntico para fechamento desses espaços. Constatamos que a técnica de sedação consciente possibilitou uma cirurgia segura, tranquila e confortável ao paciente e operadores, resultando em um tratamento menos traumático ao paciente infantil e possibilitando melhorias na qualidade de vida do mesmo. Concluímos que esse fechamento requereu o uso de aparelho fixo devido ao paralelismo das raízes, realizando um movimento de corpo para fechamento dos espaços presentes.

REFERÊNCIAS

CAVALCANTE, J. A. et al. **Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio teto labial persistente em pacientes no período intertransitório da dentição mista: relato de caso.**

Revista do Instituto de Ciências da Saúde, v. 27, n. 3, p. 290-294, 2009:

Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n3/a018.pdf>>. Acesso em: 18/03/2023.

COSTA. B. A. SANTANA, I. E. **Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes pediátricos**, Uberaba: Universidade de Uberaba. 2017. 18 p. Trabalho de conclusão de curso.

Disponível em:

<<https://repositorio.uniube.br/bitstream/123456789/276/1/SEDAÇÃO%20CONSCIENTE%20COM%20ÓXIDO%20NITROSO%20E%20OXIGÊNIO%20EM%20PACIENTES%20PEDIÁTRICOS.pdf>>. Acesso em: 14/05/2023

LADEWIG, V. M. et al. **Sedação consciente com óxido nitroso na clínica odontopediátrica.** Odontol. Clín.-Cient., [online], Recife, vol. 15, n. 2, p. 91-96, Abr./Jun. 2016.

Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-38882016000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 de maio de 2023.

LOPES, E. B. M. **Diastema interincisivo devido à freio labial anormal.** São Paulo: Faculdade Sete Lagoas, 2021. 33 p. Trabalho de conclusão de curso - pós graduação.

Disponível em:

<<https://faculdadefacsete.edu.br/monografia/files/original/4d98f49cc64b79f944cbe7c0d33bcb34.pdf>>. Acesso em: 25/03/2023.

MACEDO, M. P. et al. **Frenectomia labial superior em paciente portador de aparelho ortodôntico: relato de caso clínico,**RFO UPF [online]. Passo Fundo, v. 17, n. 3, p. 332-335, set./dez. 2012

NAZARIO T. B. **Uso da sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio na odontologia.**

Uberlândia: Universidade Federal De Uberlândia, 2020. 30 p. Trabalho De Conclusão De Curso.

Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/30513/1/UsodaSedacao.pdf>>.

Acesso em: 15 de Abril de 2023

Picinini E, Raguzzoni I. **Frenectomia labial superior em paciente com diastema: relato de caso.** Santa Maria: UFSM/RS, 2016. 19 p. Trabalho de Conclusão de Curso.

Disponível em:

<https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/2558/Picinini_Eduardo_e_Raguzzoni_Icaro_Dellinghausen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 05/03/2023.

PICCIANI, B. L. S. et al. **Sedação inalatória com óxido nitroso/oxigênio: uma opção eficaz para pacientes odontofóbicos**, Rev. bras. odontol. [online]. Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 72-75, jan./jun. 2014.

Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722014000100015>. Acesso em: 18/03/2023.

PINTO, Antonio Carlos Guedes. Reabilitação Bucal e Manejo Cirurgico. In:____. **Odontopediatria**. 9. ed. São Paulo: Santos, 2016. 454-461.

RULI, L. P. et al. **Frênulo labial superior e inferior: estudo clínico quanto a morfologia e local de inserção e sua influência na higiene bucal.** Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo, v. 11, n. 3, p. 195–205, jul. 1997.

Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rousp/a/N7P4Wq6r7DPcbFZMh4fxNSJ/?lang=pt>>.

Acesso em: 08/04/2023.

SOARES, D. A. S. et al. **Sedação com óxido nitroso como adjuvante em procedimentos odontológicos:** Revisão de literatura. Pará: CESUPA/DEP, 2013. 5 p. Revisão de Literatura.

Disponível em: <<file:///C:/Users/geova/Downloads/Sedaoxidnitroso.pdf>>. Acesso em: 06/05/2023.

ANEXO

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Por este instrumento de autorização eu _____ RG: _____
 CPF: _____ na qualidade de _____ e responsável pelo menor
 _____ declaro que fui esclarecido(a) sobre os seguintes itens e autorizo sua
 realização conforme assinalado e rubricado:

1. Tratamento: Consiste de atos necessários para o diagnóstico e/ou tratamento odontológico do menor sob minha responsabilidade.

sim _____ não _____

2. Estabilização protetora: Este método está indicado para pacientes que necessitem de diagnóstico e/ou tratamento e são incapazes de cooperar pela falta de maturidade, problemas físicos ou mentais, ou ainda quando outras técnicas de manejo comportamental não forem eficazes. A estabilização protetora parcial ou completa da criança às vezes se faz necessária para proteger o paciente e/ou equipe de trabalho, seu objetivo é de evitar ou reduzir a ocorrência de movimentos bruscos pela criança, podendo ser executada pelo cirurgião-dentista, auxiliares e pais, com ou sem auxílio de acessórios apropriados à técnica. A estabilização protetora será utilizada apenas em casos estritamente necessários.

sim _____ não _____

3. Técnica do controle de voz: Consiste da utilização de um tom de voz sério/grave, às vezes associado a volume mais alto, para que o paciente se acalme e compreenda como deve se comportar. É uma técnica utilizada como tentativa de chamar a atenção do paciente para que ele possa nos ouvir. Somente será utilizado após a utilização das técnicas de manejo comportamental iniciais e quando estas não tiverem sucesso no controle dos comportamentos de manha e/ou birra em crianças acima de 3 anos de idade.

Nunca será utilizada antes de o paciente completar 3 anos de idade.

sim _____ não _____

4. Técnica da negociação da presença dos pais ou acompanhante: Na maioria das vezes a presença dos pais/acompanhante é favorável ao tratamento odontológico. Porém, em casos em que o pacientes (maior de 3 anos de idade) se opõe ao tratamento apresentando comportamento de manha e/ou birra, mesmo após a utilização das técnicas de manejo comportamental iniciais, a negociação da presença dos pais/acompanhantes é uma técnica eficaz para que o paciente compreenda como deve se comportar, se acalme e fique tranquilo durante o procedimento odontológico.

sim _____ não _____

5. Concordo que o tratamento realizado possa ser utilizado como material didático e/ou de pesquisa e/ou em mídias sociais sem a ocorrência de danos pessoais e sem revelar a identificação do menor pelo qual sou responsável.

Sendo responsável legal pelo paciente, uma vez que este é incapaz de consentir legalmente pois apresenta idade menor de 18 anos, declaro ter entendido e estar ciente da real necessidade destes importantes aspectos para o desenvolvimento do tratamento odontológico e autorizo sua realização conforme assinalado e rubricado.

São Carlos, 17 de novembro de 2022.

→ _____

Assinatura do responsável pelo paciente.