



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**ALICE DE AGUIAR CORREIA
AMANDA LOPES MESQUITA
ANA LUIZA VASCONCELOS SILVA
BRUNA ALVES ALEXANDRE
RAFAELA DE RESENDE**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

LAVRAS-MG

2019

ALICE DE AGUIAR CORREIA
AMANDA LOPES MESQUITA
ANA LUIZA VASCONCELOS SILVA
BRUNA ALVES ALEXANDRE
RAFAELA DE RESENDE

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

Orientadora: Renata de Carvalho Foureaux.

LAVRAS-MG

2019

Ficha Catalográfica preparada pela Seção de Processamento Técnico da
Biblioteca Central do Unilavras

P849 Portfólio acadêmico / Alice de Aguiar Correia [et al.];
orientação de Renata de Carvalho Foureaux. -- Lavras:
Unilavras, 2019.
133 f. : il.

Portfólio apresentado ao Unilavras como parte das
exigências do curso de graduação em Odontologia.

1. Prótese total imediata. 2. Odontopediatria. 3. Lesão
endoperio. I. Mesquita, Amanda Lopes. II. Silva, Ana Luiza
Vasconcelos. III. Alexandre, Bruna Alves. IV. Resende,
Rafaela de. V. Foureaux, Renata de Carvalho (Orient.).
VI. Título.

ALICE DE AGUIAR CORREIA
AMANDA LOPES MESQUITA
ANA LUIZA VASCONCELOS SILVA
BRUNA ALVES ALEXANDRE
RAFAELA DE RESENDE

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

APROVADO EM: _____

ORIENTADORA

Prof. Dra. Renata de Carvalho Foureaux/Centro Universitário de Lavras

MEMBRO DA BANCA

Prof. Dr. Douglas Campideli Fonsêca/Centro Universitário de Lavras

LAVRAS-MG

2019

AGRADECIMENTOS

A Deus, por nos conceder o dom de existir, pela oportunidade de acordarmos todos os dias, aprendermos com os nossos erros e, desta maneira, atuar para que possamos agir com sabedoria e confiança. Por nos dar forças para enfrentarmos os obstáculos diários, o medo, o desânimo e a fadiga. Por nos iluminar e abençoar em todas as nossas decisões.

Aos nossos familiares, que não mediram esforços para a realização dos nossos sonhos, por sempre acreditarem e apoiarem nossas decisões e por nunca nos deixarem desistir, mesmo diante das dificuldades e momentos tristes. Vocês foram extremamente essenciais para nossa vitória!

Aos nossos amigos e companheiros de curso, pela amizade, companheirismo, risadas e, acima de tudo, pelo respeito e cumplicidade que foram desenvolvidos ao longo do curso.

À nossa orientadora, professora Renata Foureaux, pela atenção, ensinamento, companheirismo, credibilidade, empenho e por sempre nos incentivar a buscar o nosso melhor, tornando possível a realização do nosso portfólio acadêmico.

Ao professor Douglas Campideli Fonseca, por aceitar o convite para ser membro de nossa banca, pelo incentivo e apoio que sempre nos concedeu durante toda essa jornada.

Ao Centro Universitário de Lavras e aos professores, em especial, Gilberto de Oliveira Júnior, Lâner Botrel Rosa, Luiz Fernando Ferreira de Oliveira, Marccone Reis Luiz, Ricardo Augusto Barbosa, Selem Vilela de Oliveira e Douglas Campideli Fonseca, por nos proporcionar os melhores momentos de aprendizagem, oferecendo uma bagagem imensa de conhecimentos e tornando nossa caminhada mais leve e produtiva.

Aos pacientes, pela confiança, paciência, respeito ao nosso aprendizado, colaboração e incentivo ao nosso aprimoramento profissional.

Por fim, agradecer ao grupo pela união e companheirismo que foram essenciais para concluir mais um ciclo em nossas vidas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fórmulas para o cálculo dos índices de Biofilme e de Sangramento...18
Figura 2	Controle de Biofilme e Sangramento.....19
Figura 3	Exame periodontal simplificado.....20
Figura 4	Periograma.....21
Figura 5	Exame Radiográfico.....22
Figura 6	Medicação intra-canal com Pasta Calen com PMCC.....25
Figura 7	Raio X final.....26
Figura 8	Coleta de sangue da paciente.....28
Figura 9	Tubo de ensaio com conteúdo sanguíneo posicionado na centrífuga.....28
Figura 10	Separação do plasma sanguíneo.....29
Figura 11	Separação do PRF dos glóbulos vermelhos.....30
Figura 12	A fibrina sendo colocada sobre a caixa de inox estéril.....30
Figura 13	Compressão da fibrina.....31
Figura 14	Caixa sendo fechada contendo a fibrina até ser utilizada no momento cirúrgico.....31
Figura 15	Separação do glóbulo vermelho retido na fibrina.....32
Figura 16	Sutura suspensória.....33
Figura 17	Afta no lábio inferior.....35
Figura 18	Após 4 sessões de laserterapia.....35
Figura 19	Radiografia periapical realizada após 28 dias da cirurgia periodontal.....36
Figura 20	Radiografia periapical realizada em agosto.....37

Figura 21	Situação inicial do paciente.....	39
Figura 22	Radiografia panorâmica da situação inicial do paciente.....	40
Figura 23	Escolha da moldeira para moldagem.....	41
Figura 24	Modelos anatômicos.....	42
Figura 25	Confecção das bases de prova.....	43
Figura 26	Base de prova superior sendo finalizada.....	43
Figura 27	Base de prova inferior sendo finalizada.....	44
Figura 28	Mesa Cirúrgica.....	46
Figura 29	Técnica Anestésica.....	47
Figura 30	Sindesmotomia.....	47
Figura 31	Apreensão dos dentes com fórceps.....	48
Figura 32	Resultado após exodontias e sutura superior.....	49
Figura 33	Resultado após exodontias e sutura inferior.....	50
Figura 34	Reembasamento da prótese.....	50
Figura 35	Resultado final.....	51
Figura 36	Situação inicial do paciente.....	54
Figura 37	Radiografia panorâmica do paciente.....	55
Figura 38	Base de prova e planos de orientação para serem ajustados.....	58
Figura 39	Verificação do paralelismo do plano incisal.....	59
Figura 40	Prova dos dentes em cera.....	61
Figura 41	Rebordo superior após a sutura.....	63
Figura 42	Rebordo inferior após a sutura.....	63
Figura 43	Mesa clínica cirúrgica montada.....	64
Figura 44	Próteses totais imediatas superior e inferior instaladas.....	65

Figura 45	Próteses totais imediatas superior e inferior após ajuste oclusal.....	65
Figura 46	Paciente.....	68
Figura 47	Situação inicial.....	69
Figura 48	Situação inicial da oclusal e palatina dos elementos superiores.....	70
Figura 49	Radiografia Periapical dos elementos 51 e 61 com cáries próximo a polpa.....	71
Figura 50	Radiografia Periapical dos elementos 54 e 55 ambos com cáries.....	71
Figura 51	Radiografia Periapical do elemento 64 com cárie próximo a polpa e cárie em nível de esmalte no elemento 65.....	72
Figura 52	Radiografia Periapical do elemento 74 com comprometimento pulpar e cárie próximo a polpa do elemento 75.....	72
Figura 53	Radiografia periapical do elemento 84 com comprometimento pulpar e elemento 85 com cárie próximo a polpa.....	73
Figura 54	Radiografia interproximal.....	73
Figura 55	Situação inicial da oclusal dos elementos inferiores e presença de fístula no elemento 74.....	74
Figura 56	Contenção física.....	80
Figura 57	Restauração provisória com IRM dos elementos 84 e 85.....	81
Figura 58	Elemento 74 após remoção completa do tecido cariado e elemento 75 após a remoção parcial do tecido cariado.....	83
Figura 59	Restauração Provisória Com IRM Nos Elementos 74 e 75 e checagem da oclusão.....	83
Figura 60	Elementos 54 e 55 após remoção parcial do tecido cariado.....	84
Figura 61	Restauração Provisória Com IRM dos elementos 54 e 55.....	85
Figura 62	Elementos 64 e 65 após remoção parcial do tecido cariado.....	85

Figura 63	Restauração Provisória dos elementos 64 e 65 com IRM e Avaliação da Oclusão.....	86
Figura 64	Isolamento Absoluto.....	88
Figura 65	Manipulação da Pasta Obturadora.....	88
Figura 66	Obturação dos canais do elemento 84.....	89
Figura 67	Prescrição de medicamento.....	90
Figura 68	Exodontia do elemento 74.....	91
Figura 69	Sutura em X.....	92
Figura 70	Remoção da sutura.....	92
Figura 71	Moldagem de transferência com a banda alça.....	94
Figura 72	Remoção de tecido cariado com colher de dentina do elemento 85.....	95
Figura 73	Tecido cariado.....	95
Figura 74	Elemento 85 com cimento de hidróxido de cálcio.....	96
Figura 75	Isolamento absoluto utilizando amarrilho com fio dental.....	98
Figura 76	Remoção do tecido cariado da face vestibular.....	98
Figura 77	Remoção do tecido cariado da face palatina.....	99
Figura 78	Pincel para alisamento da resina.....	100
Figura 79	Restauração da face vestibular dos elementos anteriores.....	100
Figura 80	Restauração da face palatina dos elementos anteriores.....	101
Figura 81	Radiografia panorâmica da paciente no dia 23/05/2018.....	103
Figura 82	Exodontia do elemento 83.....	104
Figura 83	Ficha de diagnóstico e plano de tratamento.....	106
Figura 84	Radiografia <i>bite wing</i> da paciente no dia 23/05/2018.....	107

Figura 85	Posição da seringa para anestesia pterigomandibular pela técnica direta.....	108
Figura 86	Exposição pulpar acidental no elemento 75, dia 15/08/2018.....	109
Figura 87	Manipulação de hidróxido de cálcio P.A, dia 15/08/2018.....	110
Figura 88	Colocação do hidróxido de cálcio P.A na cavidade, dia 15/08/2018.....	111
Figura 89	Colocação de cimento de hidróxido de cálcio na cavidade, dia 15/08/18.....	111
Figura 90	Selamento provisório da cavidade com IRM, dia 15/08/2018.....	112
Figura 91	Radiografia periapical após o capeamento direto e selamento com IRM, dia 15/08/2018.....	113
Figura 92	Radiografia periapical uma semana após o capeamento direto, dia 22/08/2018.....	114
Figura 93	Radiografia periapical de quatro semanas após o capeamento direto, dia 12/09/2018.....	115
Figura 94	Radiografia periapical dois meses após o capeamento direto, dia 17/10/2018.....	116
Figura 95	Inspeção visual dos tecidos, dia 17/10/2018.....	116
Figura 96	Radiografia periapical de três meses e uma semana após o capeamento direto, dia 21/11/2018.....	117
Figura 97	Inspeção visual dos tecidos, dia 21/11/2018.....	118
Figura 98	Remoção parcial do IRM, dia 21/11/2018.....	118
Figura 99	Checagem da oclusão com carbono, dia 21/11/2018.....	119
Figura 100	Acabamento final da restauração em resina composta do elemento 75, dia 21/11/2018.....	119
Figura 101	Radiografia periapical do início (A) e final do tratamento (B), mostrando a formação de dentina.....	120

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Passos para a realização do ato cirúrgico.....	33
Tabela 2	Medicação pós-operatória.....	34
Tabela 3	Diagnóstico e Plano de Tratamento por dente.....	76
Tabela 4	Sequência do plano de tratamento integral.....	77

LISTA DE SIGLAS

ASA	Articulador semi-ajustável
ATM	Articulação Têmporo Mandibular
CAD	Comprimento Aparente do Dente
CRD	Comprimento Real do Dente
CRI	Comprimento Real do Instrumento
CRT	Comprimento Real de Trabalho
CT	Comprimento de Trabalho
D	Distal
DVO	Dimensão Vertical de Oclusão
DVR	Dimensão Vertical de Repouso
EFL	Espaço Funcional Livre
IRM	Material Restaurador Intermediário
LCACC	Lesão De Cárie Ativa Com Cavitação
LCICC	Lesão De Cárie Inativa Com Cavitação
LCISC	Lesão De Cárie Inativa Sem Cavitação
ML	Mésio-lingual
MV	Mésio-vestibular
NAI	Nervo alveolar inferior
NG	Nível Gengival
NIC	Nível de Inserção Clínica

OPC	Odontologia Pré-Clínica
P.A	Pró-análise
PMCC	Paramonoclorofenol Canforado
PPR	Prótese Parcial Removível
PRF	Plasma Rico em Fibrina
PSF	Programa de Saúde da Samília
PT	Prótese Total
PTI	Prótese Total Imediata
PTR	Prótese Total Removível
PUI	Atividade ultrassônica passiva
RC	Relação Cêntrica
UFLA	Universidade Federal de Lavras
UNILAVRAS	Centro Universitário de Lavras

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	CASOS CLÍNICOS.....	17
2.1	Caso Clínico de Periodontia: Aluna Alice de Aguiar Correia.....	17
2.1.1	Apresentação do local do estágio.....	17
2.1.2	Desenvolvimento do Caso Clínico.....	18
2.2	Caso Clínico de Prótese: aluna Amanda Lopes Mesquita.....	37
2.2.1	Apresentação do local do estágio.....	37
2.2.2	Desenvolvimento do Caso Clínico.....	37
2.3	Caso Clínico de Prótese: aluna Ana Luiza Vasconcelos Silva.....	52
2.3.1	Apresentação do local do estágio.....	53
2.3.2	Desenvolvimento do Caso Clínico.....	53
2.4	Caso Clínico de Odontopediatria: aluna Bruna Alves Alexandre.....	66
2.4.1	Apresentação do local do estágio.....	66
2.4.2	Desenvolvimento do Caso Clínico.....	67
2.5	Caso Clínico de Odontopediatria: aluna Rafaela de Resende.....	101
2.5.1	Apresentação do local do estágio.....	102
2.5.2	Desenvolvimento do Caso Clínico.....	102
3	AUTOAVALIAÇÃO.....	122
3.1	Autoavaliação da aluna Alice de Aguiar Correia.....	122
3.2	Autoavaliação da aluna Amanda Lopes Mesquita.....	123
3.3	Autoavaliação da aluna Ana Luiza Vasconcelos Silva.....	123

3.4	Autoavaliação da aluna Bruna Alves Alexandre.....	124
3.5	Autoavaliação da aluna Rafaela de Resende.....	125
4	CONCLUSÃO.....	128
	REFERÊNCIAS.....	129

1 INTRODUÇÃO

O portfólio acadêmico tem como objetivo a apresentação de casos clínicos, momentos ou quaisquer aprendizados que marcaram os cinco anos do curso, além de servir para confirmar nossa evolução e crescimento profissional e pessoal. Devido à grande dedicação, aos estudos constantes e a responsabilidade, conseguimos nos tornar boas profissionais, com ética e empatia. Realizamos este trabalho com o intuito de reunir os casos clínicos que mais marcaram o nosso percurso e compartilhar com os amigos e professores aquilo que, entre tantas coisas, foi de extrema importância em nossa jornada acadêmica.

A aluna Alice de Aguiar Correia irá relatar sobre um caso clínico vivenciado na Clínica de Atividades Vocacionais de Periodontia. A paciente é do sexo feminino, com idade de 21 anos e apresentava uma lesão endoperiodontal. Este caso clínico, apesar de ter um prognóstico duvidoso, trouxe resultados positivos após a realização do tratamento.

A aluna Amanda Lopes Mesquita relatou um caso de Prótese, descrevendo todas as etapas efetuadas, desde a confecção da prótese e a cirurgia, até a instalação da prótese total. Este caso foi de grande importância e aprendizado, uma vez que trouxe grande contribuição acadêmica e tornou a aluna mais humana. O resultado superou as expectativas do paciente, deixando-o muito emocionado e feliz.

A aluna Ana Luiza Vasconcelos Silva se inspirou em um caso clínico de Prótese, pois foi uma disciplina que muito lhe foi desafiadora, tirando-a de sua comodidade. O paciente do caso relatado é uma pessoa muito positiva, alegre e não desistiu diante de todas as dificuldades, pois é possuidor de muita Fé. A satisfação do paciente ao final do tratamento foi muito gratificante, fazendo da aluna uma profissional muito mais humana.

A aluna Bruna Alves Alexandre apresentou um caso clínico executado na disciplina de Atividade Vocacional de Odontopediatria, em que o paciente de 4 anos de idade, acompanhado de sua mãe, compareceu à clínica do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) para realização de um tratamento integral. O paciente apresentava diversos dentes com cáries, algumas em fase avançada, sendo necessário realizar tratamentos endodônticos, expectantes e restaurações. Abordou-

se, também, o plano de tratamento integral para este paciente, com base no aprendizado adquirido durante o curso.

A aluna Rafaela de Resende foi motivada por um caso da Clínica Infantil que lhe despertou interesse em vários aspectos da Odontopediatria. Considerou-se um caso difícil que dependia de muitos aspectos, como a colaboração da mãe, da criança, da melhoria na dieta e dos cuidados pós-operatórios. A paciente era uma criança muito humilde e colaboradora, o que foi essencial para a conclusão do tratamento de forma eficaz e satisfatória.

Sendo assim, este portfólio descreve a visão de cada uma das alunas aqui apresentadas, com o relato de suas experiências vividas. O curso de Odontologia correspondeu todas as expectativas das graduandas deste grupo e confirmou que fizeram a melhor escolha profissional.

2 CASOS CLÍNICOS

2.1 Caso Clínico de Periodontia: Aluna Alice de Aguiar Correia

Desde criança, sempre tive muita admiração pelos dentistas, achava mágica essa profissão de cuidar da saúde bucal das pessoas e a forma carinhosa como esses profissionais lidavam com elas. Eles sempre estavam preocupados com o próximo e fazendo o máximo para atendê-los em suas necessidades e insatisfações. Adorava visitar a dentista, sempre seguia as suas orientações e em casa ficava imitando-a no atendimento aos pacientes, fazia limpeza, aparelhos com arame e outras coisas.

Quando iniciei o Ensino Médio no Colégio UNILAVRAS, comecei a pesquisar sobre os cursos de graduação, de preferência da área de Saúde, pois sempre gostei de estudar Biologia e o corpo humano. No ano de 2013, quando houve a Feira de Profissões no UNILAVRAS, optei por conhecer o curso de Odontologia. O professor Douglas Campideli Fonseca apresentou o curso, mostrando como funcionava, a sua rotina, os laboratórios e as clínicas. Fiquei encantada e decidi fazer vestibular para o curso de Odontologia. Até aquele ano, ninguém na minha família era profissional da área de Saúde, a maioria era da área da educação ou das ciências exatas. Assim, eu e o meu primo fomos os primeiros a ingressar na área de Saúde, ele em Medicina e eu em Odontologia.

No final de 2014, prestei vestibular para Odontologia e realizei a primeira etapa do meu sonho. Agora, em 2019, estou no último ano do curso e os meus anseios em aprender sobre esta área estão se concretizando. Nos últimos meses, tenho atendido muitos pacientes na clínica durante o estágio e na atividade vocacional. Durante a atividade vocacional, com a supervisão do professor Luiz Fernando Ferreira de Oliveira, selecionei um caso clínico que será descrito a seguir.

2.1.1 Apresentação do local do estágio

O caso clínico foi realizado na Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), na disciplina de Atividade Vocacional de Periodontia, sendo

realizado por mim, Alice de Aguiar Correia, com a supervisão do professor Luiz Fernando Ferreira de Oliveira.

2.1.2 Desenvolvimento do Caso Clínico

Uma paciente de 21 anos, do gênero feminino, leucoderma, compareceu à clínica de Atividades Vocacionais de Periodontia do UNILAVRAS, com queixa de recessão gengival e relato de que isso a incomodava esteticamente.

Durante a anamnese, foi relatado que ela não tinha nenhum problema de saúde. Após o preenchimento da anamnese, foi feito o exame clínico intra e extra oral. Então, para avaliar o índice de biofilme foi aplicada Fucsina em todos os dentes da paciente. Além disso, foi realizada sondagem para avaliar o índice de sangramento. O exame de controle mostrou que os índices de biofilme e de sangramento (Figura 2), calculado pela fórmula 1 de acordo com O'Leary (1964) e calculado pela fórmula 2 de acordo com o Løe e Silness (1963), mostrado na figura 1, os resultados foram de 44,6% e 47,3%, respectivamente. A importância em obter esses índices no controle do biofilme e sangramento, é avaliar o risco periodontal dos indivíduos, o que, auxilia na manutenção da saúde do periodonto.

Figura 1 - Fórmulas para o cálculo dos índices de Biofilme e de Sangramento.

$$(1) \text{ Índice de biofilme} = \frac{(\text{Número de faces coradas} \times 100)}{(\text{Número de dentes} \times 4)} = \frac{(50 \times 100)}{(28 \times 4)} = 44,6\%$$

$$(2) \text{ Índice de sangramento} = \frac{(\text{Número de faces sangrantes} \times 100)}{(\text{Número de dentes} \times 4)} = \frac{(53 \times 100)}{(28 \times 4)} = 47,3\%$$

Fonte: Elaborado pelos autores O'Leary (1964) e Løe e Silness (1963).

Figura 2 - Controle de Biofilme e Sangramento.

DATA	INDICE DE BIOFILME	INDICE DE SANGRAMENTO (MARGEM GENGIVAL)
18/02/19	44,6%	47,3%
25/02/19	24,2%	8,9%
11/03/19	21,3%	9,1%

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

O exame periodontal simplificado tem como objetivo avaliar, de forma rápida e simples, as condições periodontais dos pacientes, que podem ser relacionadas a alguma doença ou patologia periodontal. O exame clínico permite estabelecer o diagnóstico das doenças periodontais, determinar a gravidade do caso, prever os procedimentos necessários para tratamento e estabelecer, com reserva, o prognóstico.

No exame periodontal simplificado, observou-se apenas uma bolsa periodontal no sextante inferior direito (Figura 3).

Figura 3 - Exame periodontal simplificado.

Inicial: Reavaliação: Terapia Periodontal de suporte:

PSR / IPC		
DATA: 17.02.16		
SE	SA	SS
1	1	2
SI	SA	SI
4	2	1

CRITÉRIOS CLÍNICOS:	NECESSIDADE DE TRATAMENTO
0. SAÚDE 1. SANGRAMENTO A SONDAGEM 2. CÁLCULO SUPRA E SUB-GENGIVAL 3. BOLSAS: 4 - 5 mm 4. BOLSAS: > 6 mm	0. INSTRUÇÃO DE HIGIENE ORAL (IHO) (tratamento preventivo). 1. IHO + PROFILAXIA Remoção do biofilme bacteriano (incluindo placa sub-gengival). 2. IHO + RASPAGEM Raspagem e Alisamento. Remoção de cálculo supra e sub-gengival. Remoção de áreas retentivas. IHO.
1. BOLSAS: 4 - 6 mm Adequação do meio bucal. IHO. Exame periodontal completo. RX periapical. Raspagem sub-gengival. Reavaliação.	4. BOLSAS: > 6 mm Adequação do meio bucal. IHO. Exame periodontal completo. RX periapical. Raspagem sub-gengival. Reavaliação. * ENVOLVIMENTO DE FURCA. * MOBILIDADE. * RECESSÃO GENGIVAL: >3,5mm.

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	LOCALIZADA	GENERALIZADA
GENGVITE ASSOCIADA SOMENTE AO BIOFILME		X
OUTRAS		
PERIODONTITE		
DOENÇAS PERIODONTAIS NECROSANTES		
FATORES PREDISPONENTE		
ENVOLVIMENTO SISTÊMICO	SIM	NÃO

Observações: _____

Assinatura do professor: _____

Fonte: Ficha clínica utilizado pela clínica Odontológica do Unilavras, baseado na ficha da Academia Americana de Periodontologia (AAP).

O periograma é a anotação de um exame clínico que verifica sítios com alterações inflamatórias e extensão da destruição nesses sítios, para estabelecer diagnósticos. Isso inclui exames para condições supragengivais, como índices periodontais, fatores retentivos do biofilme supragengival e exames para condições subgengivais, que são a profundidade da sondagem, NIC (Nível de Inserção Clínica), NG (Nível Gengival), sangramento, lesões de furca, mobilidade dental e trauma oclusal. Já no Periograma realizado (Figura 4), foi observado uma

profundidade de sondagem com auxílio de uma sonda milimetrada Carolina do Norte de 6mm na face lingual do elemento 46.

Figura 4 - Periograma.

Exame Inicial Reavaliação

Profissional Alice Correia

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Mobilidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Implante																
Furca																
Sangramento à sondagem																
Placa																
Margem gengival	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Profundidade de sondagem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Vestibular

Palatina

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Margem gengival	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Profundidade de sondagem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Placa																
Sangramento à sondagem																
Furca																
Nota																

Medida da profundi. de sondagem = 0,2 mm Medida do nível de inserção = -0,2 mm 1% Placa 1% Sangramento à sondagem

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Margem gengival	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Profundidade de sondagem	0	0	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Placa																
Sangramento à sondagem																
Furca																
Implante																
Mobilidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Lingual

Vestibular

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Margem gengival	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Profundidade de sondagem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Placa																
Sangramento à sondagem																
Furca																
Implante																
Mobilidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Ficha clínica utilizada pela clínica Odontológica do Unilavras, preenchido através do site Perio-Tools (<http://www.periodontalchart-online.com/pt/>).

O teste de sensibilidade pulpar e percussão desse elemento deu negativo. No exame radiográfico dessa região, evidenciou-se a presença de uma lesão periapical (Figura 5).

Figura 5 - Exame Radiográfico.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

As técnicas radiográficas intra orais mais utilizadas em periodontia são as técnicas interproximal e periapical. A interproximal permite a observação entre a altura (aproximada) da crista óssea alveolar com a junção amelocementária, o que não permitiria o diagnóstico de lesão endoperiodontal por não visualizar a região periapical. A radiografia periapical foi a escolhida, pois permite uma visualização mais detalhada do dente e periodonto e possibilita planejar e diagnosticar corretamente o tratamento.

A partir dos exames relatados, concluiu-se que o diagnóstico desta paciente foi gengivite associada somente ao biofilme generalizada e lesão endoperiodontal – lesão endodôntica primária com envolvimento periodontal secundário. De acordo com Oppermann e Rösing (2013, p. 15):

A gengivite associada somente ao biofilme apresenta-se como uma inflamação do periodonto de proteção decorrente do acúmulo de biofilme supragengival e que não leva à destruição tecidual irreversível. Diz-se que a gengivite é uma resposta universal do periodonto de proteção ao biofilme, pois todo indivíduo que apresentar biofilme supragengival acumulado por um período que ultrapasse a capacidade de equilíbrio entre biofilme e hospedeiro (geralmente entre 3 e 21 dias) irá desenvolver inflamação gengival.

A resposta inflamatória inicial em face do acúmulo de biofilme supragengival, é caracterizada pelo aumento na permeabilidade do leito vascular e exsudação aumentada de componentes inflamatórios no conjuntivo adjacente aos epitélios sulcular e juncional. Há aumento na exsudação de fluido crevicular gengival que acaba por lavar e remover bactérias e seus produtos no sulco gengival. Dentre os componentes desse fluido, estão os anticorpos, proteínas do complemento, proteases e macromoléculas, todos atuando na defesa do hospedeiro contra as bactérias (OPPERMANN; RÖSING, 2013).

A gengivite pode ser causada pelo aumento do índice de biofilme supragengival. Caso a gengivite não seja tratada, haverá acúmulo de biofilme subgengival que evoluirá para periodontite na maioria dos indivíduos. É importante destacar que as gengivites são necessárias para o estabelecimento de biofilme subgengival, causa das doenças periodontais destrutivas.

A lesão endoperiodontal, diagnosticada na paciente, pode ser classificada como lesão endodôntica primária, com envolvimento periodontal secundário. Esta lesão possui agentes nocivos no sistema de canais radiculares que resultam em inflamação nos tecidos periodontais. Quando a lesão de origem endodôntica não é tratada, haverá a destruição do osso alveolar periapical e a progressão para dentro da área inter-radicular, causando destruição dos tecidos moles e duros adjacentes (GONÇALVES; MALIZIA; ROCHA, 2017).

Dessa forma, para o caso clínico apresentado, o trabalho foi executado por etapas. Foi realizada a instrução de higiene oral, demonstrando as técnicas de escovação e o uso correto do fio dental para reverter o quadro da gengivite. Realizou-se, também, a profilaxia, raspagem e alisamento radicular. Na semana seguinte, foi feita a raspagem supragengival e subgengival novamente, para diminuir

a bolsa periodontal do elemento 46. Com a ajuda do colega Igor Valdívia Ferreira, foi realizado o tratamento endodôntico. O plano de tratamento aplicado ao dente da paciente foi a Necropulpectomia II, devido à presença da lesão periapical e o teste de sensibilidade pulpar ser negativo.

Será apresentado o passo a passo da Necropulpectomia II na Técnica de Preparo biomecânico com sistema *easy (Prodesing S e Logic)*. Na primeira sessão, foram realizados os seguintes procedimentos:

- 1) Anestesia na técnica pterigomandibular e infiltrativa, com solução de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000;
- 2) Abertura coronária com ponto de eleição no centro da fossa central do elemento 46 com broca 1012 HL, forma de contorno triangular ovalada de base para mesial e a forma de conveniência de paredes lisas, divergentes para oclusal com broca Endo Z (remove todo o teto da câmara pulpar em lateralidade);
- 3) Isolamento absoluto: lençol de borracha, grampo 201 e dicagem com top dam;
- 4) Irrigação, aspiração e inundação com solução de hipoclorito de sódio 2,5%;
- 5) Cateterismo: com lima #10 da série especial, nos 3 canais (MV, ML e D) até no CRI fazendo a penetração desinfetante;
- 6) Pré-alargamento: sistema Pro Design S a 950 rpm e 4,5N/cm³ com a Lima 25/08 no CAD -5mm, fazendo movimento de pincelamento (até 3 vezes no terço cervical) na zona de segurança. Irrigação, aspiração com hipoclorito de sódio 2,5% e instrumentação com a lima #10 no CRI em todos os canais;
- 7) Odontometria: utilizando Lima #10 com auxílio do localizador foraminal;
- 8) Patência: usou o instrumento rotatório 25/01 no CRD, movimento de bicada e numa rotação de 350 rpm e 1,5N/cm³. Irrigação, aspiração com hipoclorito de sódio 2,5% e instrumentação com a lima #10 no CRI em todos os canais;
- 9) Formatação final com instrumento 25/04, 25/06, 30/05 e 35/05 a 950 rpm e 3,5N/cm³ no canal distal no CRT e movimento de pincelamento. E os

instrumentos 25/04 ou 25/06 nos canais MV e ML numa rotação de 950 rpm e 3,5N/cm³ com movimento de pincelamento. Irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio 2,5%;

- 10) PUI: Atividade ultrassônica passiva. Vibração primeiro com hipoclorito de sódio 2,5% por 20 segundos e depois com EDTA por 20 segundos no CT -2mm;
- 11) Pré-secagem com *capillary tips* e secagem cone de papel absorvente;
- 12) Medicação intra-canal com Pasta Calen com PMCC e selamento (cotosol e ionômero de vidro).

Na segunda sessão, foi feita a reinstrumentação e medicação com Pasta Calen com PMCC (Figura 6).

Figura 6 - Medicação intra-canal com Pasta Calen com PMCC.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Na terceira sessão, foram realizados os procedimentos relatados a seguir:

- 1) Remoção de toda a Pasta Calen com auxílio de uma lima e irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio 2,5%;
- 2) Secagem do conduto com *capillary tips* e cone de papel absorvente;

- 3) Obturação na técnica híbrida de *tagger* modificada. Escolha do cone calibrado, faz a desinfecção do cone principal e dos cones acessórios *gutta percha* e seca com gaze estéril. Pega o cone principal coloca no CT e calibra de acordo com a lima memória, faz avaliação tátil, pois o cone tem que estar travado no conduto, e faz a conometria. Preparo do cimento obturador *Sealapex*, passa o cone principal e os cones acessórios nesse cimento. Depois, insere o cone principal, seleciona o espaçador digital e calibra no CT – 1mm, introduz o espaçador entre o cone principal e parede do canal, pressionando o cone lateralmente. Após a retirada do espaçador digital, introduz o cone acessório logo em seguida e, depois, radiografa. Corta o excesso de cone com uma tesoura e condensa os canais D, MV e ml, respectivamente, com o Max Padem no sentido horário. Remove todo cone da câmara pular, faz limpeza da câmara pular com álcool 70, e o selamento provisório e finaliza-se com o RX final (Figura 7).

Figura 7 - Raio X final.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Na quarta sessão, notou-se, a princípio, que o prognóstico da lesão endoperiodontal era duvidoso, devido ao fato de a lesão periapical ser extensa. Com

o retorno da paciente, dentro de um curto período, foi possível observar que não houve regressão da lesão periapical nem da bolsa periodontal. Contudo, decidiu-se realizar um acesso cirúrgico para a descontaminação e alisamento da superfície radicular e utilizar o PRF (Plasma Rico em Fibrina) para a cicatrização acelerada dos tecidos ósseos e moles.

O material de escolha para auxiliar na cicatrização periodontal, além da raspagem em campo aberto, foi o PRF, por ser um biomaterial autólogo que é colhido a partir de uma amostra de sangue da paciente. O PRF pode ser utilizado individualmente ou em conjunto com o enxerto ósseo, tendo a finalidade de recuperar a estrutura óssea. Contudo, esse material também tem capacidade hemostática e, ao mesmo tempo, aumenta a intensidade da vascularização (angiogênese) desses tecidos, ajudando na rápida recuperação pós-operatória.

Segundo Agrawal e Agrawal (2014), o PRF é um biomaterial autógeno constituído por fatores de crescimento e citocinas aprisionadas em uma matriz de fibrina. As citocinas de plaquetas e células são presas, podendo ser liberadas depois de um determinado período de tempo, servindo como uma membrana reabsorvível. Ele proporciona uma ação osteocondutora e estimula células do próprio paciente, no sentido de uma resposta regenerativa dos tecidos dentais e orais. O PRF combina as propriedades de selante de fibrina juntamente com fatores de crescimento, proporcionando um ambiente ideal para a cicatrização de feridas e regeneração de tecidos. Nos últimos tempos, têm sido usado em várias áreas da Odontologia e em diversos tratamentos.

Para a obtenção do PRF, foi realizada a coleta do sangue da paciente, utilizando dois tubos de ensaio (Figura 8). Após a coleta dos tubos, estes foram posicionados na centrífuga com o movimento controlado por um determinado tempo e velocidade (14 minutos e 1300 rotação por minuto) (Figura 9). Em seguida, com a finalização deste processo, observou-se uma separação de cor no tubo, uma área de cor amarelada na parte superior e o restante do material sanguíneo logo abaixo. Isso explica que três camadas são formadas: uma base de glóbulos vermelhos na parte inferior, o plasma pobre em plaquetas na forma de um sobrenadante e um coágulo PRF no meio (Figura 10).

Figura 8 - Coleta de sangue da paciente.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 9 - Tubo de ensaio com conteúdo sanguíneo posicionado na centrífuga.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 10 - Separação do plasma sanguíneo.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Os tubos de ensaio foram abertos com cuidado para não ocorrer a homogenização do material. O PRF foi removido do tubo, separado dos glóbulos vermelhos que foram cortados e descartados (Figura 11). Logo após, a fibrina foi colocada sobre uma caixa de inox estéril para PRF e foi feita a compressão para liberar o exsudato nele contido. Em seguida, a caixa foi fechada até ser utilizada como enxerto no momento cirúrgico. Após este procedimento, a caixa foi aberta e o PRF foi preparado, separando a fibrina do resto do glóbulo vermelho e cortada com o tamanho compatível da área receptora da região do elemento 46 (Figuras 12, 13, 14 e 15).

Figura 11 - Separação do PRF dos glóbulos vermelhos.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 12 - A fibrina sendo colocada sobre a caixa de inox estéril.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 13 - Compressão da fibrina.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 14 - Caixa sendo fechada contendo a fibrina até ser utilizada no momento cirúrgico.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 15 - Separação do glóbulo vermelho retido na fibrina.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Para o ato cirúrgico, os passos realizados foram descritos na tabela 1.

Tabela 1 - Passos para a realização do ato cirúrgico.

ATO CIRÚRGICO
1) Paramentação cirúrgica;
2) Montagem da mesa cirúrgica;
3) Antissepsia intraoral com digluconato de clorexidina 0,12% e extraoral com clorexidina 2%;
4) Anestesia com lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000, com técnica anestésica pterigomandibular e infiltrativa do elemento 46;
5) Incisão intrasulcular dos elementos dentários 45, 46, 47;
6) Descolamento do retalho com auxílio do Descolador de Buser;
7) Raspagem em campo aberto com auxílio de Curetas de Gracey e ultrassom;
8) Acabamento da superfície radicular com auxílio de brocas para promover lisura dessa superfície;
9) Condicionamento com ácido fosfórico 37% no elemento 46 e irrigação com soro fisiológico estéril;
10) Depois de ter preparado a região operatória, foi colocado o PRF no defeito ósseo;
11) Reposicionamento do retalho e sutura suspensória com fio de Nylon 5.0 (Figura 16).

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 16 - Sutura suspensória.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Na tabela 2, é apresentada a medicação pós-operatória aplicada na paciente.

Tabela 2 - Medicação pós-operatória.

Medicação pós-operatória
<ul style="list-style-type: none">▪ Ibuprofeno 600 mg – tomar 1 comprimido de 8 em 8 horas por 5 dias;▪ Dipirona sódica 500mg – tomar 1 comprimido de 4 em 4 horas em caso de dor;▪ Digluconato de clorexidina 0,12% – fazer bochecho 2 vezes ao dia por 7 dias (10 mL);▪ Foram feitas as recomendações sobre os cuidados pós-operatórios por escrito, tais como: ficar de repouso, evitar alimentos quentes e sólidos, ingerir alimentos preferencialmente líquidos e pastosos, e na hora da higienização bucal ter cautela para não traumatizar a área em que foi realizada a cirurgia.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Quanto ao retorno, após três dias, a paciente voltou com queixa de dor e inflamação local. Foi realizada uma sessão de laserterapia (laser infravermelho 100 mW, 2 Joules) para aliviar a dor, sendo também prescrito antibioticoterapia Amoxil® 500mg, 1 cápsula de 8 em 8 horas por 7 dias.

A paciente retornou depois de 7 dias da operação para avaliar se ainda tinha dor e inflamação. Ela informou que a região da cirurgia ainda estava dolorida, mas foi verificado que não havia mais inflamação e ela foi orientada a continuar com a medicação. Porém, havia presença de afta no lábio inferior e isso a incomodava (Figura 17).

Figura 17 - Afta no lábio inferior.



Fonte: Elaborado pelo Professor Douglas Fonseca (2019).

Foram realizadas 4 sessões de laserterapia com laser vermelho (60 nm), 100 mW em 2 Joules para diminuir o incômodo e ajudar na cicatrização da afta (Figura 18).

Figura 18 - Após 4 sessões de laserterapia.



Fonte: Elaborado pelo Professor Douglas Fonseca (2019).

Após 14 dias, foi realizada a remoção da sutura. Observou-se que o tecido já estava saudável e sem sinal clínico de inflamação. Após 28 dias da cirurgia periodontal, pôde-se concluir que o prognóstico é bom. O tecido gengival está tendo uma boa cicatrização e a lesão periapical está regredindo, havendo, assim, uma neoformação óssea conforme a radiografia periapical realizada (Figura 19).

Figura 19 - Radiografia periapical realizada após 28 dias da cirurgia periodontal.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Tendo em vista que o período de férias se iniciou no final de junho de 2019 e só foi possível retornar em agosto, foi feita apenas a preservação para acompanhar a evolução da regressão da lesão periapical. Quando a paciente retornou, foi realizada uma radiografia periapical para acompanhar a regressão da lesão (Figura 20).

Figura 20 - Radiografia periapical realizada em agosto.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Ao comparar a primeira radiografia (Figura 4) com a última (Figura 20), houve uma significativa reparação da lesão periapical em pouco tempo, pois o tratamento foi iniciado em março de 2019 e finalizado em junho de 2019, onde foi encaminhado para clínica de Dentística para realizar a restauração em resina composta do elemento 46. Fiquei muito feliz com o resultado positivo do tratamento.

Este caso clínico acrescentou muito para o meu conhecimento, tanto para proceder em caso de lesão endoperiodontal, quanto para diagnosticar, planejar e tratar. Foi um caso clínico muito importante para o meu futuro profissional.

2.2 Caso Clínico de Prótese: aluna Amanda Lopes Mesquita

2.2.1 Apresentação do local de estágio

O caso clínico foi realizado na Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), na disciplina de Clínica Integrada III durante o 7º período, sendo realizado por mim, Amanda Lopes Mesquita, com a supervisão do professor Selem Vilela de Oliveira.

2.2.2 Desenvolvimento do Caso Clínico

Desde pequena, ia ao consultório do meu pai e ficava fascinada com tudo que via, me despertava muita curiosidade e vontade de mexer em tudo. A imagem do pai, herói e inspiração, me fez querer crescer e ser igual a ele. Os anos foram passando e nada mudou, não me via formada no 3º ano e prestando vestibular para outra coisa, a não ser Odontologia. Fiz o vestibular e passei na mesma faculdade em que o meu pai se formou, fiquei super feliz e animada para começar o curso. Desde então, do 1º até o 10º período não houve nenhuma dúvida sequer de que era aquilo que eu queria fazer para resto da minha vida, a cada período eu me apaixonava mais e mais.

No início do curso, comecei a aprender o que parecia ser básico e hoje percebo o quanto é fundamental no meu dia a dia. Entrei em contato com disciplinas como Fisiologia, Embriologia, Psicologia, Anatomia, entre outras, que demonstram o funcionamento e estruturas diversas do corpo humano, das quais são importantes e, muitas vezes, o caminho para se chegar a um diagnóstico correto. Foram conhecimentos que me orientaram para que eu pudesse, posteriormente, realizar um procedimento com segurança e qualidade.

Após o estudo destas disciplinas, cursei uma disciplina em especial, a Odontologia Pré-Clínica (OPC). Ela continha aulas teóricas e práticas, as quais foram o suporte para que eu pudesse ir para a clínica, me possibilitando adquirir um pouco de experiência bem próxima à realidade e abrangendo a maioria das especialidades. Com a prática laboratorial, me preparei para qualquer tipo de tratamento que se apresentasse na clínica ou no estágio e, principalmente, observando com qual dessas especialidades iria me identificar.

Enfim, vieram as clínicas integradas e o estágio, disciplinas com as quais eu mais aprendi sobre a Odontologia em si. Tanto na clínica como nos estágios, cheguei com a insegurança normal de uma estudante, porém, com uma excelente base que me foi passada anteriormente, tornando o caminho mais fácil.

A Clínica Integrada é uma das disciplinas com maior carga horária e que considero a maior vivência durante estes anos acadêmicos. Ela é realizada nas clínicas odontológicas do próprio UNILAVRAS, localizadas dentro do campus e onde realizei um dos casos clínicos mais relevantes da minha graduação.

O paciente do sexo masculino, 55 anos, procurou a Clínica Odontológica do UNILAVRAS, na qual são realizados atendimentos semanais para a disciplina de Clínica Integrada.

Durante o exame clínico, observou-se a falta dos elementos 43, 44, 17, 23 e 24 e, devido a isso, ocorreu uma considerável extrusão dos elementos 21, 13, 14, 47, 33 e 34, além de uma grande destruição coronária dos elementos 11, 12, 41, 31 e 32.

No ano anterior, o paciente já havia comparecido à clínica para exodontia de raízes residuais, e com a reavaliação do estado geral da saúde bucal do paciente, foi necessário realizar a exodontia dos elementos 21, 11, 12, 13, 14, 34, 33, 32, 31, 41 e 42 e realizar a instalação de prótese total imediata. Denominada dentadura imediata, é um aparelho total confeccionado sobre o modelo obtido antes da extração completa e colocado na boca logo após a extração dos órgãos dentários remanescentes. Enquanto as próteses totais comuns são confeccionadas e instaladas de forma definitiva, onde se esperam alguns meses após a extração e fica suportada em rebordo com tecido completamente cicatrizado, as imediatas são instaladas ainda com a ferida cirúrgica e podem ser vistas como próteses provisórias ou temporárias (TAMAKI, 1983). Podemos ver a seguir, a situação inicial do paciente (figura 21).

Figura 21 - Situação inicial do paciente.



O paciente possuía radiografia panorâmica e foi possível visualizar reabsorção óssea generalizada (Figura 22).

Figura 22 - Radiografia panorâmica da situação inicial do paciente.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Após a definição do plano de tratamento, em conjunto com todos os professores da Clínica Integrada e pensando no melhor para o paciente e seu bem estar, chegou a hora de falar para o paciente o plano de tratamento proposto. Ele ficou animado com a oportunidade de ter dentes novamente, de poder sorrir e comer melhor. As próteses totais, quando estão bem adaptadas, têm a capacidade de resgatar a autoestima dos pacientes, não só pelos fatores psicossociais (estética), mas também pelos fatores físicos, que são aqueles que se relacionam com a fala, retenção, estabilidade, deglutição, adequada eficiência mastigatória, alteração da dimensão vertical da oclusão, equilíbrio no sistema estomatognático e fonética (MUNHOZ; ABREU, 2011).

No início do tratamento, houve a necessidade de fazer a exodontia do elemento 41 que apresentava mobilidade grau III antes da moldagem anatômica. Foi realizada a raspagem com ultrassom para remover o biofilme do dente e irrigação com soro previamente à exodontia.

Na semana seguinte, foi possível realizar a moldagem anatômica do arco superior e inferior com moldeiras de alumínio perfurada (Figura 23) e alginato, e houve a remoção da sutura. Segundo Volpato et al. (2011), a seleção das moldeiras para realização do molde é fundamental para permitir individualização da moldeira. As moldeiras utilizadas devem ser metálicas e provadas antes. Durante a prova, as moldeiras selecionadas devem cobrir toda a área a ser moldada e apresentar um espaço interno suficiente para o material de moldagem, uma espessura adequada de alginato garante que distorções sejam minimizadas durante a remoção do molde. Espessuras menores de material estão sujeitas a alterações e ao rasgamento.

Figura 23 - Escolha da moldeira para moldagem.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Posteriormente, vazou-se o gesso sobre o molde para obtenção do modelo (Figura 24) que, conforme Volpato et al. (2011), o vazamento dos moldes de alginato deve ser imediato. O gesso indicado para a construção de um modelo de estudo é o gesso pedra tipo III ou especial tipo IV. Deve-se respeitar a medida de pó/água, spatular e preencher o molde com pequenas porções para evitar bolhas de ar e, em seguida, são obtidos os modelos. O exame do modelo de estudo é útil para analisar detalhadamente toda a área chapeável e os locais de difícil visualização, como, por exemplo, a tuberosidade da maxila.

Quando o paciente fica por muito tempo desdentado nas porções posterior e inferior, sem colocação de dentes artificiais, haverá mudança na angulação dos ramos da mandíbula e a tuberosidade se aproximará da papila (TAMAKI, 1983).

Figura 24 - Modelos anatômicos.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

No decorrer da semana, foi confeccionada a base de prova, fazendo alívio em cera no modelo e usando resina acrílica, envolvendo a área desdentada. O primeiro estágio foi a confecção da base de prova. As bases de prova são confeccionadas em resina acrílica auto-polimerizável, adaptada sobre a região edentada, sem tocar os dentes, mas bem próxima a eles, tangenciando-os (TURANO; TURANO; TURANO, 2010). Esta base deve tangenciar os dentes remanescentes para melhor estabilidade e para contribuir com o posicionamento da base de registro na boca (SHIRANE, 2013). É necessário que ela tenha a espessura de aproximadamente um milímetro e, após sua execução, adicionam-se os planos de orientação em cera nas áreas edentadas (CORRÊA, 2005). Além disso, é importante que a base de prova não se desloque durante o procedimento clínico. A etapa de preparo pode ser observada nas figuras 25, 26 e 27.

Figura 25 - Confeção das bases de prova.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 26 - Base de prova superior sendo finalizada.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 27 - Base de prova inferior sendo finalizada.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Na semana seguinte, o plano de orientação estava pronto e a cera estava fixada sobre a base de prova e foi feito o ajuste do plano de orientação e da linha de referência. Nos roletes de cera, quando necessário (ausência dos dentes anteriores) marca-se a linha dos caninos (região da aba do nariz) e a linha média (ponta do nariz). Além disso, deve-se marcar a linha do sorriso e de repouso. Com a lâmina de cera, são feitos os registros de lateralidade direita e esquerda e protrusão (CORRÊA, 2005). Realizou-se, também, a escolha da cor dos dentes utilizando a escala Trilux, pois o paciente apresentava condição financeira baixa e a confecção da prótese com essa escala é gratuita.

Com o auxílio da base de prova e dos planos de orientação, devem-se obter as DVO (dimensão vertical de oclusão), DVR (dimensão vertical de repouso), e RC (relação cêntrica) para montagem do modelo em articulador ASA (articulador semi-ajustável) (TELLES, 2011). Foi feito, também, os registros intermaxilares, utilizando o compasso de Willis. A seqüência para os registros intermaxilares para a PTIs é muito semelhante à para PTs convencionais, ou seja, com o paciente sentado

verticalmente, toma-se a DVO a partir da DVR (CORRÊA, 2005). Estes registros são feitos com a ajuda de um compasso de Willis ou de ponta seca com uma régua. Uma das vantagens da dentadura imediata é a possibilidade de trabalhar com a dimensão vertical de oclusão e oclusão central que o paciente possui, se for possível mensurá-los. Para isso, examinou-se o aspecto facial na posição de oclusão. Se os sulcos nasogenianos fossem profundos demais, com aspecto envelhecido, ou o EFL (espaço funcional livre) ultrapassar os cinco mm, é sinal de que a DVO está abaixo do normal. No caso de perda de dimensão vertical utiliza-se a fórmula: $DVR - EFL = DVO$ (TAMAKI, 1983).

Na próxima semana, tomou-se a medida do arco facial e realizou-se o registro de mordida. Segundo Volpato et al. (2011), ao utilizar este conjunto, está se referenciando a posição espacial que a maxila ocupa em relação à base do crânio, registrando a distância intercondilar média da paciente. Em seguida, foi feita montagem dos modelos em articulador semi-ajustável e a seleção do tamanho dos dentes. O tamanho deve ser escolhido de acordo com o espaço marcado no rolete de incisivos a caninos, lembrando que a linha marcada como linha do canino deve coincidir com a cúspide deste ou, se possível, pode ser respeitado o tamanho dos dentes remanescentes.

Após a escolha dos dentes, iniciou-se a fase laboratorial para confecção das próteses e do guia cirúrgico. Com a data prevista para a confecção e entrega de ambos, foi marcada a cirurgia para realização das exodontias e instalação das próteses. De acordo com a anamnese, o paciente não apresentava nenhuma alteração sistêmica e não fazia uso de medicamentos, por isso, a cirurgia pôde ser realizada de maneira convencional.

No dia da cirurgia, foi realizada aferição da pressão arterial do paciente e montagem da mesa cirúrgica para posterior exodontias (Figura 28).

Figura 28 - Mesa Cirúrgica.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

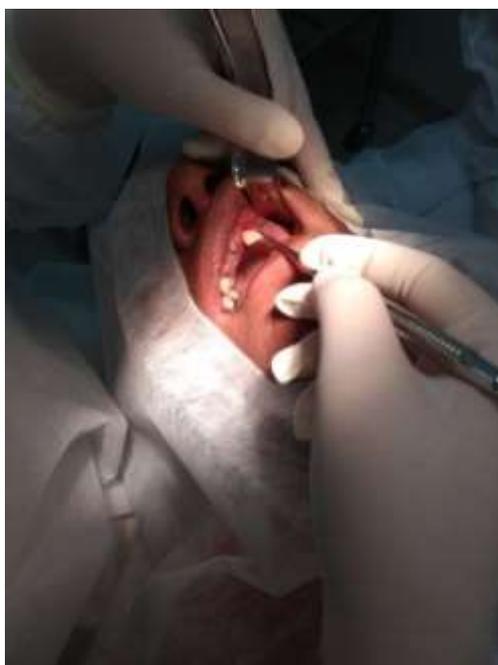
Com a mesa pronta, o paciente foi encaminhado para o centro cirúrgico onde foi realizada antissepsia intraoral com clorexidina 0,12% e extraoral com clorexidina 2%. Logo após, foi iniciada a cirurgia, na qual o paciente foi anestesiado com a técnica infra-orbital de ambos os lados da maxila, assim como o nervo alveolar superior anterior e o nervo alveolar superior médio. A técnica nasopalatina também foi utilizada para anestésiar o nervo nasopalatino, além de infiltrativas no palato. Na mandíbula, foi realizada a técnica ptérgio-mandibular no lado direito, mentoniana no lado esquerdo e infiltrativa na lingual (Figura 29). Posteriormente, sindesmotomia de todos os dentes (Figura 30), apreensão de cada dente com fórceps, intrusão, luxação e extração dos elementos (Figura 31).

Figura 29 - Técnica Anestésica.



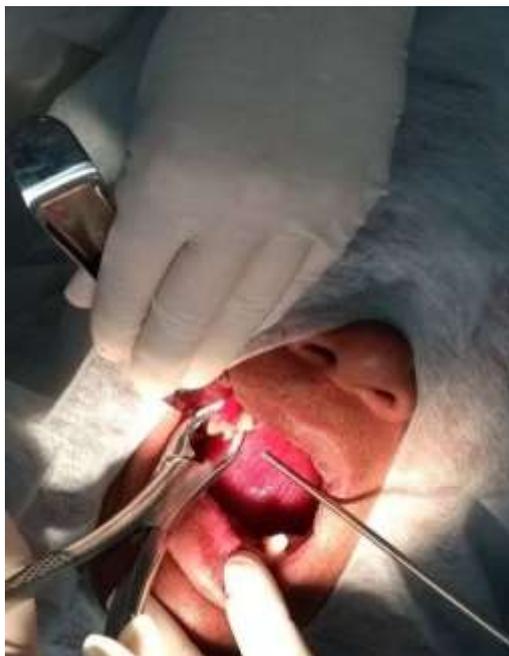
Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 30 - Sindesmotomia.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 31 - Apreensão dos dentes com fórceps.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Segundo Puricelli (2014), o fórceps deve ser posicionado corretamente para a execução da sua função. A pressão manual do operador é transferida pelos mordentes do fórceps ao dente, estabilizando a manipulação dos movimentos a serem realizados. A luxação, que resulta da combinação da força de impulsão somada às de lateralização e rotação, desarticula o dente do seu alvéolo funcional. A impulsão rompe os ligamentos periodontais, a lateralidade força a expansão das tábuas ósseas alveolares e a discreta rotação harmoniza as forças entre si e define a luxação como resultante desses movimentos simultâneos. A remoção do dente resulta de sua tração, geralmente, para vestibular, após a expansão das tábuas ósseas alveolares e a ruptura dos tecidos periodontais.

Após a remoção dos dentes, foi feita a curetagem dos alvéolos e alveoloplastia do rebordo. A alveoloplastia é a remoção indicada e planejada de tecido ósseo alveolar e deve favorecer a reparação tecidual; obter uma via desimpedida para a instalação de próteses; manter a superfície óssea regular para que ocorra a distribuição homogênea de forças em toda área chapeável; e deve dar ao tecido ósseo alveolar um contorno adequado. Ela é indicada para ser realizada

no momento da exodontia e é classificada didaticamente como estabilizadora. Depois de realizada a extração dos elementos, observou-se o rebordo e alvéolo em busca de irregularidades e cristas ósseas. A regularização é feita com o osteótomo ou pinça goiva, lima para osso e, em casos de irregularidades grandes com motor de baixa e alta rotação e brocas estéreis, sempre devem ser usados com parcimônia e cuidado para manter a maior quantidade de osso alveolar possível, favorecendo a retenção da prótese (GREGORI; CAMPOS, 2005). O alvéolo foi irrigado com soro fisiológico e suturado de forma contínua para proteção do alvéolo e reposicionamento tecidual (Figuras 32 e 33).

Figura 32 - Resultado após exodontias e sutura superior.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Terminada a intervenção cirúrgica, pôde-se instalar a prótese, fazer o ajuste e desgaste das próteses superior e inferior e, por fim, fazer o reembasamento com Coe – Soft (Figura 34). Considera-se vantajoso fazer um reembasamento imediato após a cirurgia, a fim de melhorar a adaptação da prótese, e ele pode ser realizado com material resiliente (resina resiliente, conhecida como soft). Quando não houver esse material disponível, pode utilizar-se de cimentos cirúrgicos ou pasta zinco-eugenólica (TELLES, 2011).

Figura 33 - Resultado após exodontias e sutura inferior.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Os pacientes que realizam este tipo de tratamento, apresentam melhor cicatrização do tecido ósseo e da fibromucosa, pois a prótese total imediata propicia melhor adaptação tecidual pós exodontias, protegendo do trauma, impedindo possíveis infecções e diminuindo a hemorragia pós-cirurgia (HESPANHOL et al., 2018).

Figura 34 - Reembasamento da prótese.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

No final do reembasamento, o paciente pôde se olhar no espelho e ver o resultado. As lágrimas que escorreram pelos seus olhos resumiram tudo, o sorriso que não se via, agora estava estampado em seu rosto, e a gratidão e felicidade do paciente valeram mais que qualquer coisa (Figura 35). A devolução da estética, fonética, mastigação e convívio social, ocasionada pela prótese total imediata, proporciona ao paciente, no pós-operatório, a permanência de suas características de indivíduo dentado (SOARES et al., 2015).

Figura 35 - Resultado final.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

As recomendações relevantes quanto aos cuidados pós-operatórios, foram realizadas por escrito e continham instruções como: manutenção da prótese por 24 horas; manter alimentação líquida e fria; não fumar; não praticar atividades físicas; não se expor ao sol; manter repouso; e aplicar bolsas de gelo nos dois primeiros dias.

Decorridos sete dias, foi realizada a remoção das suturas e um novo reembasamento com material soft foi realizado, e foram feitos ajustes para a remoção de áreas da prótese que estavam causando danos à mucosa subjacente. Além desta primeira sessão de controle, foram realizadas mais três, aonde foi possível observar a cicatrização da ferida cirúrgica.

Com relação ao pós-operatório, é importante que o profissional fique atento a pontos de compressões excessivas nas regiões de freios, bridas, fundo de vestíbulo e da área chapeável, pois, se for notado algum trauma ou ulcerações nessas áreas, é indicado realizar o ajuste por meio do desgaste da prótese. É indispensável realizar a checagem da estabilidade e retenção dos aparelhos protéticos e a oclusão, uma vez que estes fatores vão influenciar diretamente no conforto do paciente quanto a sua nova condição. Para sanar a falta de estabilidade e desconforto do paciente, é indicado reembasar a prótese com material resiliente (HESPANHOL et al., 2018).

Para concluir, a prótese total mucossuportada imediata é um método de reabilitação viável e de grande importância para o restabelecimento da autoestima, conforto, estética e função do paciente, devendo ser bem planejada e confeccionada para obtenção dos melhores resultados (GOIATO et al., 2014).

Após um ano de instalação da prótese total imediata, foi pedido para que o paciente retornasse à clínica odontológica do UNILAVRAS para avaliação do estado geral, da saúde bucal, da adaptação da prótese e para ouvir seu relato, mas infelizmente ele não compareceu nas três tentativas realizadas. A partir disso, decidiu-se ligar e conversar pelo celular mesmo. Durante a conversa, o paciente relatou muita dificuldade em se adaptar com a prótese, sentiu grande incômodo e disse que há algum tempo já não estava utilizando a prótese inferior e, por isso, não haveria necessidade da confecção da prótese definitiva na instituição. O paciente conversou com especialistas e decidiu optar pela prótese total sobre implante, que proporcionará mais conforto para ele. Até o momento do último contato com o paciente, ele estava em tratamento e com expectativas muito positivas em relação ao resultado.

Os desenvolvimentos tecnológicos recentes e a ampliação das possibilidades terapêuticas provocaram uma mudança gradual nos planejamentos reabilitadores. Assim, próteses convencionais removíveis mucossuportadas estão sendo substituídas pelas próteses sobre implantes, as quais tem atraído grande interesse da comunidade odontológica (CARLSSON; OMAR, 2010).

2.3 Caso Clínico de Prótese: aluna Ana Luiza Vasconcelos Silva

Ainda criança, quando tive o meu primeiro contato com um dentista, fui bem receosa e dei bastante trabalho para a dentista e os meus pais. Porém, quando estava um pouco maior, por volta dos 6 anos, comecei a fazer tratamento com uma dentista que me fez encantar por essa profissão. O consultório dela tinha muitos atrativos e a forma com que ela tratava a mim e a todas as crianças me cativou muito. Desde então, surgiu o meu interesse pela área da Odontologia. Nessas perguntas que todo mundo nos faz de “o que você quer ser quando crescer?”, a minha resposta sempre foi: dentista! Até que chegou o momento em que eu “cresci” e tive que fazer a minha escolha. Então, finalmente, pude escolher a Odontologia como um caminho para seguir por toda a vida. Diante das dificuldades e adversidades que tive ao longo destes 5 anos, muitas vezes pensei em trocar de curso, mas nunca havia pensado em uma segunda opção. Quando me surgiu essa dúvida, fui conversar com um padre para me ajudar a perceber se a minha decisão tinha sido certa e ele me falou uma frase que vou levar comigo a vida toda: “onde você estiver, estará no lugar certo”. Assim, eu tive a certeza que minha escolha pela Odontologia sempre esteve certa.

2.3.1 Apresentação do local de estágio

O caso clínico relatado foi executado no Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), no 9º período, na disciplina de Atividades Vocacionais Específicas I, em 2019, sendo efetuada por mim, Ana Luiza Vasconcelos Silva, mediante a orientação e supervisão do Prof. Dr. Lâner Botrel Rosa.

2.3.2 Desenvolvimento do Caso Clínico

Paciente do sexo masculino, 61 anos de idade, compareceu à Clínica de Odontologia do UNILAVRAS na disciplina de Atividades Vocacionais de Prótese. Na análise do prontuário e com a revisão da anamnese, foi constatado que o paciente havia iniciado o tratamento odontológico no ano de 2018 e não apresentava nenhum problema sistêmico de saúde, apenas relatou que em sua família há pessoas

hipertensas. No primeiro contato com o paciente, foi relatado que seu tratamento tinha sido interrompido devido à chegada das férias.

No exame clínico (Figura 36), pôde-se perceber que o paciente apresentava os elementos 23 e 24 na arcada superior e os elementos 31, 32, 33, 42 e 44 na arcada inferior. Além disso, fazia uso de uma Prótese Parcial Removível (PPR) Provisória na arcada superior, englobando os elementos 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 25, 26 e 27, e uma Prótese Parcial Removível Definitiva na arcada inferior, englobando os elementos 34, 35, 36, 37, 41, 43, 45, 46 e 47. Segundo Volpato (2013), a classificação das arcadas parcialmente edêntulas, segundo Kennedy, é baseada na presença dos espaços edêntulos em relação aos dentes remanescentes. Dessa forma, o paciente apresentava Classe I superior e inferior, definido pelo edentulismo posterior bilateral. O paciente não soube especificar exatamente há quanto tempo estava com estas PPRs, mas acreditava ser aproximadamente 8 anos.

Figura 36 - Situação inicial do paciente.



Fonte: Elaborado pelo professor Lâner Botrel Rosa (2019).

Ao avaliar a radiografia panorâmica (Figura 37), juntamente com o exame clínico do paciente, foi diagnosticada grande perda óssea e mobilidade grau III. De acordo com Volpato (2011), define-se como mobilidade grave no sentido vestibulo-

lingual e/ou méso-distal nos dentes remanescentes. Segundo Newman et al. (2011), a principal causa de mobilidade é a perda de osso alveolar, sendo esta mobilidade dentária não passível de correção.

Figura 37 - Radiografia panorâmica do paciente.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Ao analisar toda a história clínica do paciente, ponderando o exame clínico e radiográfico, juntamente com o professor, foi proposto o seguinte plano de tratamento: exodontia dos elementos remanescentes (23, 24, 31, 32, 33, 42 e 44) seguida da instalação de Próteses Totais Imediatas. Segundo Melo et al. (2013), nos casos de extremidade livre, devido à resiliência da fibromucosa, é importante que se obtenha meios para controlar ou minimizar efetivamente a tendência de movimentação da prótese em direção ao rebordo. Além disso, é possível a incidência de forças laterais sobre os dentes pilares durante a movimentação da base protética, sendo que esta carga lateral pode comprometer o prognóstico periodontal do dente pilar. Devido à perda óssea e mobilidade dos dentes remanescentes em questão, eles não seriam indicados para serem dentes pilares no caso de confecção de novas PPRs.

Segundo Costa et al. (2012), o paciente deve estar ciente dos seguintes fatores: (a) as Próteses Totais Imediatas (PTI), não se adaptam tão bem quanto às próteses totais convencionais; (b) as PTI causarão desconforto; (c) inicialmente será

difícil mastigar ou falar; (d) a estética pode ser imprevisível; e (e) as PTI devem ser usadas nas primeiras 24 horas sem serem removidas e que as mudanças dos tecidos de suporte são imprevisíveis e as PTI podem afrouxar.

Após expor todos os prós e contras para o paciente sobre o tratamento proposto, ele demonstrou interesse em realizar um tratamento com implantes. Neste caso, seria adequado o protocolo de Branemark, porém, ele relatou não ter condições financeiras no momento para sua realização, mas se mostrou muito positivo e autorizou o tratamento proposto, ficando definido que seria feito a confecção das PTI superior e inferior. A princípio, foi conversado e decidido com o paciente que seria feito, primeiramente, a PTI superior e, após o período de adaptação e cicatrização dos tecidos, a PTI inferior. Sendo assim, iniciaram-se as moldagens anatômicas para o planejamento do caso. Para a moldagem anatômica (moldagem de estudo), as moldeiras utilizadas foram as de estoque de inox perfurada para dentados.

Para uma cópia mais fiel, foi feito o selamento periférico com cera periférica na área externa das moldeiras. Segundo Ferreira (2016), a desinfecção por aspersão, utilizando hipoclorito de sódio a 1%, não provoca alterações dimensionais nos modelos obtidos a partir de alginato de vazamento tardio (Hydrogum 5®) se o adiamento na construção do modelo de gesso não ultrapassar 30 minutos.

O material de moldagem escolhido foi o alginato Hydrogum (hidrocoloide irreversível) e sua proporção água/pó se deu de acordo com as orientações do fabricante. Segundo Volpato et al. (2011), durante a prova, as moldeiras selecionadas devem cobrir toda a área a ser moldada e apresentar um espaço interno suficiente para o material de moldagem. Uma espessura adequada de alginato, garante que distorções sejam minimizadas durante a remoção do molde. Uma vez obtidos os moldes, foi feita a desinfecção com hipoclorito de sódio 1%, lavando-os em água corrente e secando-os com suaves jatos de ar.

O vazamento dos moldes de alginato deve ser imediato. O gesso indicado para a construção do modelo de estudo é o gesso tipo III ou especial tipo IV. Com os modelos de estudo em mãos, faz-se o alívio em cera 7 para confecção das moldeiras individuais feitas em resina acrílica.

Segundo Costa et al. (2012), para o preparo da resina acrílica, é preciso seguir a relação pó/líquido, utilizando-se o medidor do fabricante. Com a resina acrílica na fase plástica, deve-se abri-la e colocá-la sobre o modelo. Em seguida, deve-se recortar os excessos de acrílico no limite da área chapeável com um instrumento cortante molhado em acrílico. Para evitar o afastamento do acrílico do modelo durante a reação exotérmica, é necessário manter o polegar pressionado na região do palato. Com os dedos do polegar e indicador da outra mão, é indicado manter uma pressão em volta de toda a moldeira. A fim de facilitar as manobras mecânicas durante a moldagem, deve-se confeccionar cabos para as moldeiras individuais. Ambos os cabos devem seguir a inclinação dos dentes naturais, ou seja, 45° para a moldeira superior e 90° para a inferior. Após a confecção das moldeiras individuais, é realizado o acabamento, deixando as bordas lisas e arredondadas para não machucar o paciente.

Na semana seguinte, foram feitas as moldagens funcionais com as moldeiras individuais. Para verificar a adaptação do paciente, a moldeira não deve apresentar nenhuma interferência ou compressão nas inserções musculares, mantendo uma distância de 2mm do sulco funcional, espaço necessário para a realização do vedamento periférico. De acordo com Turano, Turano e Turano (2010), o ajuste da moldeira na boca do paciente, respeitando os requisitos biológicos considerados, é o fator mais importante. Tendo construída e ajustada a moldeira individual, respeitando-se a anatomia, fisiologia e histologia, qualquer material indicado para esse tipo de moldagem poderá ser usado.

O material utilizado foi o silicone de condensação ZetaPlus. Para o selado periférico, foi empregada a pasta densa. Com o material em posição, a moldeira foi inserida e movimentos de tracionamento das bochechas foram feitos para a cópia fiel do fundo de vestíbulo. Em seguida, foi removida toda a cera da moldeira e aplicado o adesivo para moldeiras para que haja fixação do material de moldagem. Posteriormente, foi levada a moldeira em posição com a pasta fluida do silicone. Após o tempo de polimerização total do material, foi feita a desinfecção dos moldes com hipoclorito a 1%, lavagem em água corrente e secagem com suaves jatos de ar. Então, aguardou-se o tempo de 30 minutos para o vazamento de gesso, devido à memória elástica do material.

Foi utilizado o gesso tipo IV e foi feito o encaixotamento para vazamento e aproveitamento completo do assentamento do gesso sobre as bordas do molde. Com os modelos funcionais prontos, realizou-se a confecção das bases de prova e planos de orientação. Para a confecção das bases de prova sobre os modelos definitivos, os alívios em cera só foram realizados nas regiões de retenções mecânicas, de forma que a base de prova pudesse ser colocada e retirada do modelo sem danificá-lo. Antes do alívio, o modelo deve ser isolado. Foi feita a confecção de 2 bases de prova superior e 1 base de prova inferior, da mesma forma como foi feita a moldeira individual, porém, sem o cabo. Sobre uma das bases de prova superior e na base de prova inferior, foram feitos os roletes de cera para se obter os planos de orientação (Figura 38), e a outra base de prova superior para tomada do arco facial.

Figura 38 - Base de prova e planos de orientação para serem ajustados.



Fonte: Elaborado pelo professor Lâner Botrel Rosa (2019).

Na semana seguinte, começaram então os ajustes do plano de orientação superior. Nesta etapa, verificou-se que mudanças teriam que ser feitas no planejamento estipulado. Com o plano de orientação em posição, notou-se que não havia oclusão adequada com a Prótese Parcial removível e que o paciente

apresentava na arcada inferior. Sendo assim, o planejamento foi mudado para a confecção tanto da PTI superior quanto da PTI inferior serem feitas de modo simultâneo. O primeiro passo foi observar o perfil do paciente sem os planos de cera, para avaliar o que seria trabalhado para se alcançar os objetivos previstos durante o exame clínico. A medida ideal do ângulo nasolabial é, em média, 90°. Caso o ângulo seja menor, o lábio superior estará projetado, então deve-se desgastar o plano de cera.

No caso do paciente acima, o ângulo ficou maior que 90°, deixando o lábio superior retruído. A partir disso, foi feito o acréscimo em cera para diminuir o ângulo nasolabial. O segundo passo foi o comprimento do plano, pelo fato do paciente ter 61 anos, o ideal é que o plano fique aproximadamente na altura do tubérculo do lábio, isto é, o plano deverá estar coberto pelo lábio superior. Em seguida, realizou-se o paralelismo com o auxílio das régulas de Fox (Figura 39). Segundo Costa et al. (2012), para o ajuste do plano oclusal deve-se tomar como referência o plano de Camper, que corresponde a uma linha que vai da borda superior do trago à borda inferior da asa do nariz.

Figura 39 - Verificação do paralelismo do plano incisal.



Fonte: Costa et al. (2012, p. 111).

A régua de Fox foi apoiada em todo o plano superior e a outra parte da régua sobre a linha de Camper. Os desgastes do plano de orientação foram feitos sobre a régua de Fox aquecida em lamparina, até ser atingido o paralelismo. Como o paciente ainda era dentado parcial, foram feitos muitos ajustes até conseguir o paralelismo desejado. Em seguida, foi feito o registro da dimensão vertical de repouso (DVR) e dimensão vertical de oclusão (DVO) com o compasso de Willis, e a DVO foi definida 85 mm, mantendo a face harmônica do paciente. O acerto do plano de orientação inferior, foi feito tomando como referência o plano superior já ajustado. Para o registro das linhas de orientação (linha média, linha da distal do canino e linha alta do sorriso), usou-se como parâmetro os dentes que o paciente apresentava na boca. Conversando com o paciente, ele não tinha vontade em aumentar os seus dentes, ou mudar seu formato, e sim em clareá-los um pouco. Então, definiu-se que o modelo e tamanho dos dentes também seguiriam o padrão dos dentes existentes. Foi orientado ao paciente que os dentes em pessoas de idade mais avançada, são mais escuros naturalmente e, então, juntos foi definido que a cor A3 na escala Vitta, iria para a cor A2, o que corresponde à cor 62 na escala Vipi que é a escala que orienta a confecção de uma prótese total.

Na mesma consulta, foi feito o registro de oclusão com o silicone de adição Occlufast Rock, um silicone próprio para registro oclusal, e também a tomada do arco facial para que, posteriormente, fosse feita a montagem dos modelos em articulador semi-ajustável, que segundo Volpato et al. (2011), é um aparelho capaz de reproduzir as posições e os movimentos básicos da mandíbula, auxiliando o profissional na análise adequada da oclusão e no planejamento de casos de média e alta complexidade, bem como viabilizando etapas clínicas e laboratoriais necessárias para as confecções dos trabalhos protéticos. Avançou-se, então, para a montagem em articulador, onde a guia condilar foi ajustada em 30° e os ângulos de Bennet em 15°, e o pino guia em 0 mm e a distância intercondilar tomada pelo arco foi tamanho III. Foi entregue ao laboratório para que fosse feita a montagem dos dentes em cera.

Na semana seguinte, foi feita a prova dos dentes em cera (Figura 40). De acordo com Costa et al. (2012), esta etapa é importante para checar mais uma vez se o registro intermaxilar está correto, evitando problemas futuros na instalação.

Nesta etapa, foi analisado juntamente com o paciente sobre a cor dos dentes e o tamanho, e mediante a sua aprovação, as próteses foram retornadas para o laboratório. Foi feita no paciente, a adequação do meio bucal para a cirurgia com raspagem em ultrassom. A partir disso, a cirurgia foi marcada para a próxima semana. Como já dito acima, o paciente não apresentava nenhum problema sistêmico de saúde, portanto, não foi necessária a prescrição de medicação prévia à cirurgia. No laboratório, o técnico removeu os dentes do modelo em nível gengival para a finalização da montagem e acrilização das próteses.

Figura 40 - Prova dos dentes em cera.



Fonte: Elaborado pelo professor Lâner Botrel Rosa (2019).

Com as PTI finalizadas, caminhou-se para o Centro Cirúrgico a fim de realizar as exodontias dos elementos remanescentes. De acordo com Hupp, Ellis e Tucker (2009), a mobilidade do dente a ser extraído deve ser avaliada pré-operatoriamente. A mobilidade maior que o normal é vista, frequentemente, em casos de doença periodontal severa. Se os dentes estiverem com hiper mobilidade, deve-se esperar uma extração simples, mas pode haver maior dificuldade no manuseio do tecido mole após a extração. A pressão arterial do paciente foi aferida previamente, estando em 120x80, demonstrando que ele estava apto a realizar a cirurgia. Com a

mesa clínica montada (Figura 43) e a aluna paramentada, o paciente foi conduzido para que fosse feita a antisepsia intra oral com clorexidina 0,12% e extraoral com clorexidina 2%, visando inibir o crescimento ou destruir o maior número possível de microrganismos.

Segundo Andrade (2014), a lidocaína apresenta tempo de latência em torno de 2 a 4 minutos e duração de anestesia pulpar entre 5 e 10 minutos, quando não associada a vasoconstritor, e entre 40 e 60 minutos, quando combinada a vasoconstritor. Em tecidos moles, sua ação pode permanecer por cerca de 120 a 150 minutos. O anestésico de escolha foi à lidocaína 2% com vasoconstritor, uma vez que o paciente não possui nenhuma contraindicação. A seguir, foi iniciada a cirurgia da arcada superior, pela técnica terminal infiltrativa dos nervos alveolares superiores posteriores e nervos palatinos maiores de ambos os lados. Seguidamente, foi feita a técnica pterigo mandibular de ambos os lados na arcada inferior. Iniciaram-se as exodontias propriamente ditas, com o descolador de Mouth foi feita a sindesmotomia e, logo após, com o auxílio de fórceps 150, 151, alavancas 302 e alavanca reta, foram feitas as exodontias de todos os dentes remanescentes. Para Hupp, Ellis e Tucker (2009), a alveoloplastia conservadora em combinação com múltiplas extrações é realizada após a remoção de todos os dentes do arco.

Dependendo do grau de irregularidade da área do rebordo alveolar, o recontorno pode ser realizado com pinça-goiva, lima óssea ou com broca para osso em uma peça de mão, isoladas ou combinadas. A irrigação abundante com solução salina deve ser usada durante o procedimento de recontorno, para evitar o superaquecimento e necrose óssea. Após o recontorno ósseo, o retalho deve ser reaproximado por pressão digital e o rebordo deve ser palpado para assegurar que todas as irregularidades foram removidas.

Logo após as exodontias, foram feitas as curetagens dos alvéolos, seguidamente de irrigação com soro fisiológico, que de acordo com Gregori et al. (1988), refere-se a manobra cirúrgica pela qual são removidas formações estranhas, patológicas ou não, presentes no campo operatório ou, ainda, decorrentes do desdobramento do ato cirúrgico. Em seguida, foi feita uma incisão sobre todo o rebordo, com lâmina 15 de bisturi, e sindesmotomia do tecido mole para correção do rebordo alveolar. O recontorno ósseo das arcadas superior e inferior foi feito com

lima para osso e broca de tungstênio maxicut e com irrigação abundante com soro fisiológico. Seguidamente foram feitas, então, as suturas em pontos contínuos com fio de Nylon 5-0 nas arcadas superior e inferior (Figuras 41 e 42).

Figura 41 - Rebordo superior após a sutura.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 42 - Rebordo inferior após a sutura.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 43 - Mesa clínica cirúrgica montada.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

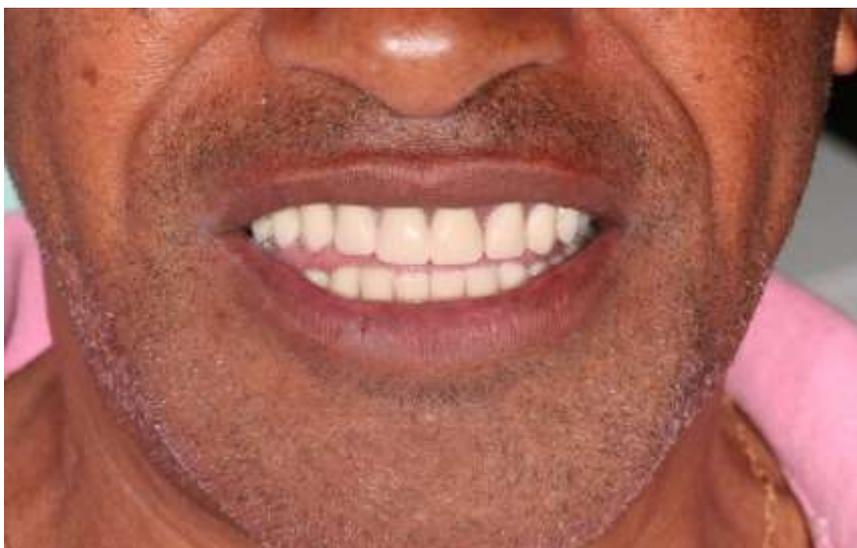
Finalizada a parte cirúrgica pré-protética, retornou-se com o paciente para a clínica da disciplina de Atividade Vocacional, onde foram feitas as etapas para a instalação da prótese. No momento da prova das PTI, percebeu-se que a inferior não estava adaptada, com o rebordo bem alto e plano oclusal desajustado. Ao conversar com o orientador responsável da disciplina, Lâner, e com o paciente, chegou-se à decisão de uma nova PTI inferior, para melhor adaptação e qualidade para o paciente. A prótese imediata superior foi instalada e os ajustes de oclusão foram feitos. Foi feito, também, um refinamento, no qual os freios foram checados e os alívios necessários foram feitos. Com a prótese instalada, o paciente, que estava muito positivo desde o início do tratamento, ficou muito satisfeito com o resultado, mesmo sendo um resultado parcial. Foi orientado ao paciente sobre a não remoção da PTI nas primeiras 24 horas, devido ao edema, pois pode haver dificuldade na recolocação da PTI. Também foram prescritos todos os cuidados pós-operatórios para o paciente, bem como o analgésico e anti-inflamatório. O paciente foi orientado sobre a higienização e sobre o uso da PTI.

Figura 44 - Próteses totais imediatas superior e inferior instaladas.



Fonte: Elaborado pelo professor Lâner Botrel Rosa (2019).

Figura 45 - Próteses totais imediatas superior e inferior após ajuste oclusal.



Fonte: Elaborado pelo professor Lâner Botrel Rosa (2019).

Após 7 dias, foi feita a consulta de retorno, verificando a adaptação do paciente e a cicatrização do tecido, além da remoção dos pontos. Logo em seguida, foi feita uma nova moldagem anatômica para confecção de nova moldeira individual inferior e repetido todos os passos para a confecção de uma nova PTI inferior, como: confecção de moldeira individual, moldagem funcional, confecção de base de provas, ajustes do plano de cera, prova dos dentes em cera e a instalação da nova PTI inferior. Com o processo de cicatrização, houve modificações na área basal, que comprometeram a retenção da PTI. De acordo com Costa et al. (2012), o reembasamento direto (imediate) é realizado em sessão única pelo cirurgião-dentista, com o auxílio de materiais reembasadores, resilientes ou rígidos, de uso direto na boca que permitem melhorar as características da prótese mais rapidamente e com custo operacional reduzido.

O material utilizado foi Coe-Soft, que é um material resiliente. Logo após, foram feitos os ajustes e polimento da PTI. O paciente foi orientado a retornar após 90 dias, tempo necessário para completa cicatrização óssea e do tecido, para a confecção de próteses totais definitivas. Assim, o tratamento será prosseguido com a confecção de novas Próteses totais superior e inferior, após o período de cicatrização do tecido ósseo e tecido mole (aproximadamente 90 dias). O paciente foi encaminhado para continuar com o tratamento no próximo período na clínica de Atividades Vocacionais Específicas, uma vez que as clínicas deste período encerraram as atividades antes deste prazo necessário para prosseguir com o tratamento. O prognóstico deste paciente foi ótimo, pois é um paciente colaborador e o resultado das próteses foi muito satisfatório (Figuras 44 e 45), tanto na questão estética quanto funcional.

2.4 Caso Clínico de Odontopediatria: aluna Bruna Alves Alexandre

2.4.1 Apresentação do local de estágio

O caso clínico foi iniciado e conduzido por mim, Bruna Alves Alexandre, na Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), na disciplina

de Atividades Vocacionais Específicas de Odontopediatria durante o 9º período. A supervisão foi de responsabilidade do professor Ricardo Augusto Barbosa.

2.4.2 Desenvolvimento do Caso Clínico

Escolhi cursar Odontologia porque é uma área que visa ajudar as pessoas, devolvendo a alegria e a autoestima. Além de cuidar de um simples sorriso, cuida da saúde das pessoas, garantindo a elas um melhor estilo de vida.

Dentre tantas áreas, me identifiquei mais com a Odontopediatria, que tem como objetivo a prevenção, tratamento e o controle dos problemas de saúde bucais das crianças. É uma área mágica em que as crianças são encantadoras, possuem imaginação linda, cheia de amor e criatividade, são carinhosas, muito verdadeiras e espontâneas. A cada consulta, elas nos incentivam a trabalhar de uma forma mais leve e doce, proporcionando satisfação, prazer e competência de atuação nesta área.

A visita ao consultório odontológico é uma das experiências mais significativas na vida de uma criança. Para Toledo (2012), é importante que a criança se sinta bem, à vontade, sem medo, dor e ansiedade. Ela tem que estar acostumada desde pequena a ir a consultas rotineiras, para que o dentista possa ter a oportunidade de estabelecer um bom relacionamento com ela. A atenção precoce à criança, aliado a uma boa orientação dos pais sobre a dieta e realização dos cuidados preventivos, garantirão uma experiência bem-sucedida no atendimento e, conseqüentemente, diminuirão os traumas de medo que poderão surgir.

No ano de 2019, ao começar a vocacional de Odontopediatria, foi iniciado o tratamento de um paciente do sexo masculino, 4 anos de idade. Ao chegar acompanhado de sua mãe, foi realizada a anamnese, momento essencial para conhecer o paciente e seu quadro de saúde, obtendo todas as informações necessárias e que, futuramente, poderão ajudar no progresso do tratamento (TOLEDO, 2012). Durante a anamnese, a única queixa relatada pela mãe foi de que o paciente já havia sentido dor nos dentes, mas nunca foi levado ao dentista e nunca havia recebido orientações quanto a higiene bucal.

Logo depois, foi realizado o exame clínico extra bucal para avaliação da cabeça, pescoço, ATM (Articulação Têmporo Mandibular), gânglios linfáticos, assimetrias faciais e olhos. Observou-se que o paciente não apresentava nenhum problema sistêmico, porém, destacou-se o fato de que usava um tampão no olho esquerdo (Figura 46). Ao perguntar a mãe o motivo do tampão, ela relatou que seu filho tinha estrabismo e que todos os dias trocava o tampão de olho e, devido a isso, ele sempre ficava com marcas do tampão no olho que estava sem o curativo e usará até completar 7 anos.

Figura 46 - Paciente.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

No primeiro contato com o paciente, foi difícil estabelecer um diálogo, pois ele tinha um comportamento de hiperatividade, dificuldade de contato, concentração e não acatava as ordens e proibições de sua mãe. Albuquerque et al. (2010), diz que é importante conhecer o tipo de comportamento infantil e os principais aspectos do desenvolvimento da criança, para que se possa tomar as devidas atitudes para

facilitar o relacionamento com elas, uma vez que para o tratamento de boa qualidade é necessário à sua cooperação.

O exame clínico intra bucal (Figura 47 e 48), mostrou alta atividade de cárie, comprometendo vários elementos esteticamente e funcionalmente, além de uma péssima higiene bucal e alto índice de biofilme. Segundo Nunes e Perosa (2017), a cárie dentária é a doença que afeta grande parte da população infantil e está diretamente relacionada com as desinformações dos pais em relação à saúde bucal e, possivelmente, pelos tipos de dieta alimentar, podendo afetar a qualidade de vida das crianças. A dor causada pela doença cárie interfere, desde o ato da criança comer, até realizar sua higiene bucal, podendo ocorrer perdas dentárias e afetando sua alimentação, resultando em baixo peso, crescimento lento, além de distúrbios de sono que prejudicam o rendimento escolar, gerando déficit de aprendizagem e diminuição da atenção. Entretanto, isso pode ser amenizado pela procura precoce por atendimento odontológico.

Figura 47 - Situação inicial.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 48 - Situação inicial da oclusal e palatina dos elementos superiores.

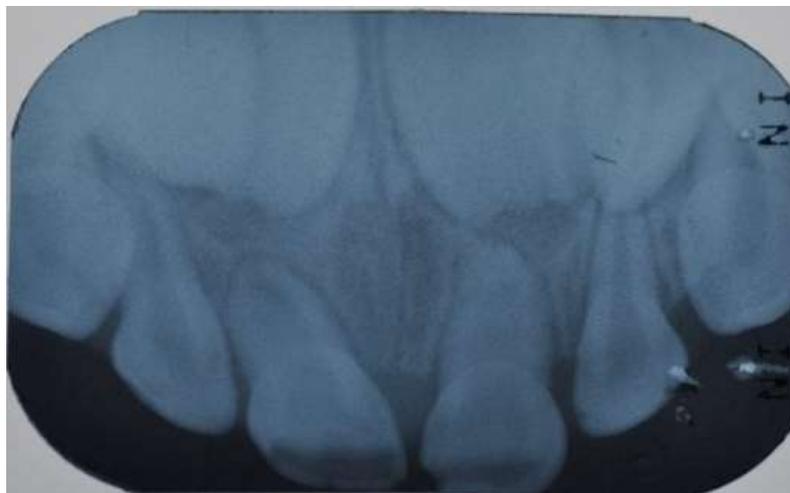


Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Se as crianças não forem supervisionadas pelos pais para realizarem a técnica de escovação correta, haverá o acúmulo de biofilme que contribui para o surgimento da doença cárie. O biofilme, juntamente, com o consumo de açúcares do tipo sacarose, a frequência com que elas são ingeridas e sua consistência mais pegajosa, podem levar a um desequilíbrio de pH, ocorrendo a desmineralização do esmalte e resultando na perda de mineral do dente, processo que pode levar a formação de uma lesão com ou sem cavitação. Uma vez diagnosticada a presença de cárie, deve-se identificar quais são os fatores responsáveis pelo seu desenvolvimento para instituir tratamentos, como a instrução de higiene oral e orientações sobre a dieta para o restabelecimento da saúde bucal (TOLEDO, 2012).

Ao finalizar o exame clínico, foi necessário realizar os exames radiográficos (Figuras 49, 50, 51, 52, 53 e 54) e finalizar o diagnóstico. Foram feitas radiografias periapicais e interproximais, para avaliação dos tecidos dentários internos e a proximidade do comprometimento da cárie até à polpa. Esta etapa apresentou algumas dificuldades, pois o paciente era inquieto, impaciente e se mexia muito na cadeira, mas com a ajuda do professor Ricardo foi obtido sucesso.

Figura 49 - Radiografia Periapical dos elementos 51 e 61 com cáries próximo a polpa.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 50 - Radiografia Periapical dos elementos 54 e 55 ambos com cáries.



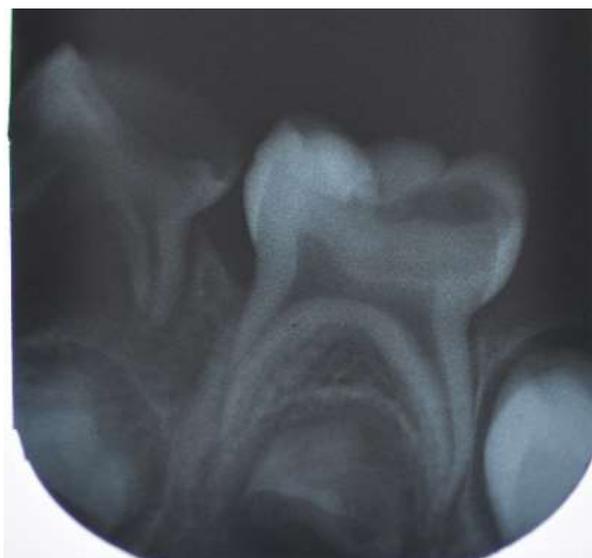
Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 51 - Radiografia Periapical do elemento 64 com cárie próximo a polpa e cárie em nível de esmalte no elemento 65.



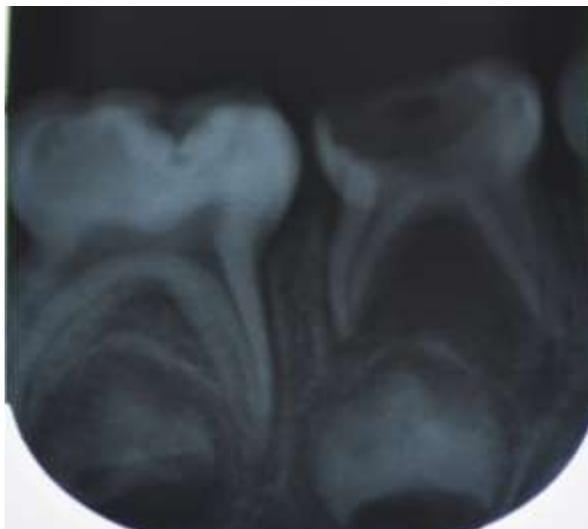
Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 52 - Radiografia Periapical do elemento 74 com comprometimento pulpar e cárie próximo a polpa do elemento 75.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 53 - Radiografia periapical do elemento 84 com comprometimento pulpar e elemento 85 com cárie próximo a polpa.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 54 - Radiografia interproximal.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Diante do exame intra bucal e da avaliação das radiografias, observou-se que o paciente apresentava lesões de cáries ativas com cavitação nos elementos 54, 55, 64, 65, 74,75, 73, 83, 84 e 85. Já os elementos 51, 52, 61, 62 e 63, apresentavam lesões de cárie inativas com cavitação, e os elementos 53, 71, 72, 81 e 82 apresentavam hígidos.

O elemento 74, como mostrado na figura 55, apresentava fístula, provocada pela lesão periapical do dente que está necrosado ou em processo de necrose proveniente da lesão cáriosa extensa (GUEDES-PINTO, 2016). Não foi possível tirar a foto inicial do elemento 84 que também estava com fístula instalada.

Figura 55 - Situação inicial da oclusal dos elementos inferiores e presença de fístula no elemento 74.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Com a conclusão de todos os exames, deve-se estar atento na organização e racionalização do tratamento para se alcançar o sucesso. Para isso, é preciso qualificar, observar o perfil do paciente (se ele tem apenas o risco de cárie ou se já está em atividade de cárie), quantificar (colocar no papel quantos procedimentos serão necessários realizar), priorizar escolhendo o quadrante que necessita de mais urgência e ordenar no quadrante os elementos que exigem maior prioridade para

iniciar com os procedimentos que podem ser tratados conjuntamente à urgência, a fim de uma melhor otimização do planejamento, reduzindo não só o número de consultas, mas também os riscos de anestésias repetitivas.

A partir disso, pôde-se, então, elaborar um plano de tratamento integral dentro das 4 fases do planejamento de acordo com as tabelas 3 e 4. Segundo Guedes-Pinto (2016), ele visa a promoção de saúde do paciente, bem como restabelecer a funcionalidade de todos os tecidos bucais e dentários, através de procedimentos que podem ser preventivos/educativos ou curativos, considerando não só o tratamento da doença, mas principalmente a tentativa de instituir novos hábitos no paciente, com o objetivo de melhorar, incentivar e manter a saúde bucal. De acordo com Toledo (2012), as fases do Plano de Tratamento são:

1ª Fase - Avaliação Pré-Operatória e Cuidados de Emergência: tem por finalidade obter as condições bucais do paciente para que se torne possível o início da realização de um programa preventivo individual, assim como o controle da dor, se houver;

2ª Fase - Programa Preventivo Individual: baseia-se na avaliação da escovação da criança, na instrução de higiene oral, através de ferramentas como escova dental, creme dental, fio dental, e orientações sobre dietas não cariogênicas, realizando também profilaxia e aplicação tópica de flúor nesta etapa, para tornar as cáries ativas em cáries inativas;

3ª Fase - Procedimentos Restauradores: tem por objetivo tornar as restaurações provisórias em restaurações definitivas após a diminuição das atividades de cárie através da adequação do meio bucal;

4ª Fase - Estabelecimento de um Programa de Longa Duração: é feito após a realização de todos os procedimentos restauradores, fazendo a proervação com retornos periódicos para interceptar possíveis alterações que possam surgir e estar sempre reforçando a instrução de higiene oral e controle da dieta não cariogênica como prevenção.

Tabela 3 - Diagnóstico e Plano de Tratamento por dente.

DENTE	DIAGNÓSTICO	PLANO DE TRATAMENTO
55	LCACC – Oclusal e LCISC – Palatina	Expectante + Restauração CI I – oclusal.
54	LCACC – Oclusal	Expectante + Restauração CI I – oclusal.
53	Hígido	Acompanhamento.
52	LCICC – Vestibular	Rest. Classe V – Vestibular.
51	LCICC – Vestibular e palatina	Reconstrução da coroa vestibular e Rest. RC CI I- palatina.
61	LCICC – Vestibular e palatina	Reconstrução da coroa vestibular e Rest. RC CL I- palatina.
62	LCICC – Vestibular	Rest. Classe V – Vestibular.
63	LCISC – Cervical	Proservar.
64	LCACC – Oclusal	Expectante + Restauração CL I – oclusal.
65	LCACC – Oclusal e LCISC – Cervical	Expectante + Restauração CL I – oclusal.
75	LCACC – Oclusal	Expectante + Restauração CI I – oclusal.
74	LCACC – Oclusal	Tratamento endodôntico + Restauração CI I – oclusal.
73	LCACC – Lingual	Rest. Classe I – Lingual.
72	Hígido	Acompanhamento.
71	Hígido	Acompanhamento.
81	Hígido	Acompanhamento.
82	Hígido	Acompanhamento.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Tabela 4 - Sequência do plano de tratamento integral.

SEQUÊNCIA DO PLANO DE TRATAMENTO INTEGRAL	
SESSÃO	AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA E CUIDADOS EMERGÊNCIAIS
1ª	Remoção do tecido cariado, abertura coronária e medicação intracanal (tricresol) + restauração provisória com IRM no elemento 84 + tratamento expectante e restauração com IRM no elemento 85;
2ª	Remoção do tecido cariado, abertura coronária e medicação intracanal (tricresol) + restauração provisória com IRM no elemento 74 + tratamento expectante e restauração com IRM no elemento 75;
3ª	Expectante e restauração provisória com IRM nos elementos 54 e 55;
4ª	Expectante e restauração provisória com IRM nos elementos 64 e 65;
5ª	Pulpectomia do elemento 84
6ª	Pulpectomia do elemento 74
PROGRAMA PREVENTIVO INDIVIDUAL	
7ª	Instrução de mudança de hábito alimentar, instrução de higiene oral, escovação monitorada, evidenciação e controle do biofilme
PROCEDIMENTOS RESTAURADORES	
8ª	Restauração dos elementos 84 e 85
9ª	Restauração dos elementos 74 e 75
10ª	Restauração dos elementos 54 e 55
11ª	Restauração dos elementos 64 e 65
12ª	Restauração dos elementos 51 e 52
13ª	Restauração dos elementos 61 e 62
PROGRAMA DE LONGA DURAÇÃO	
14ª	Após ter realizado todos os procedimentos restauradores, fazer a preservação com retornos periódicos para interceptar possíveis alterações que possam surgir, sempre reforçando a instrução de higiene oral e controle da dieta.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Após a realização do planejamento, dividido em sessões, fiquei muito entusiasmada em resolver os problemas. Além de ser de grande experiência e

aprendizado, era um caso em que eu queria muito concretizar para o bem do paciente, pois era uma família de classe baixa e sem muitas condições financeiras, além de morarem em outra cidade sem a presença do pai. A mãe estava preocupada apenas com os dentes anteriores, por causa da estética, e estava desmotivada em voltar à clínica para que pudesse ser começado o tratamento proposto, sendo que ela era, algumas vezes, impaciente com a criança enquanto esperava para o atendimento. A aluna, juntamente com o professor Ricardo, conversaram com ela, dizendo que a criança não tinha culpa do que estava acontecendo e que ela teria que ter mais paciência e deveria continuar trazendo-o para o tratamento proposto.

Ao fazer tudo que estava ao meu alcance para motivar a criança e a mãe, além de conversar sobre a importância do tratamento e os cuidados que deveria ter com a saúde bucal dele, a mesma ajudou a família doando roupas para a criança e oferecendo recursos de traslado até a clínica, caso em algum dia fosse preciso, pois eles dependiam de transporte da prefeitura de sua cidade e estes detalhes foram de grande importância para o andamento do tratamento. Assim, conseguiu-se fazer com que ela continuasse trazendo-o, pois notava a minha preocupação, interesse e determinação em querer ajudar e melhorar a saúde bucal da criança. Diante disso, foi iniciada a 1ª Fase do plano de tratamento.

A primeira sessão foi iniciada com a remoção completa do tecido cariado do elemento 84 e tratamento expectante no elemento 85. Mas, primeiramente, foi feita a secagem na região retro molar da mucosa com jato de ar e, logo em seguida, a aplicação do anestésico tópico com o auxílio de um cotonete, procedimento responsável pela diminuição ou supressão da dor no momento da punção da agulha (TOLEDO, 2012).

A princípio, o paciente demonstrava cooperação, até ser necessária realizar a anestesia, momento que desencadeou nele atitudes de choro, medo e recusa. Foi necessário usar manobras de manejo, na tentativa de convencê-lo passivamente a deixar continuar o tratamento. Utilizou-se de recursos básicos através da abordagem linguística, que se constitui na técnica de falar, mostrar e fazer, consistindo em um diálogo para facilitar o entendimento da criança, mostrando os instrumentais e materiais utilizados para que ela possa fazer novas e agradáveis associações (GUEDES-PINTO, 2016).

Albuquerque et al. (2010), descreve que auxiliares e dentistas devem mostrar os instrumentais utilizados passo a passo antes de usá-los, sempre apresentando e dizendo qual a função de cada um deles, exceto a seringa carpule, devido ao medo que ela pode causar. Além disso, devem usufruir, também, da técnica de distração e reforço positivo, utilizando projeções de filmes durante o atendimento e, conseqüentemente, diminuindo o medo, ansiedade e as reações que podem dificultar ou impedir o atendimento.

Infelizmente, não se obteve sucesso na aplicação da técnica, e houve a necessidade de estabilização protetora e contenção física, que tem como objetivo a redução ou eliminação dos movimentos descontrolados para proteger a criança e o cirurgião dentista. Esta técnica que oferece mais segurança e visa o conforto para o paciente, foi realizada com a ajuda da mãe que segurava os braços e as pernas, como mostrado na figura 56, enquanto a auxiliar estabilizava os movimentos da cabeça. Após conseguir a estabilização do paciente, continuou-se o tratamento com o auxílio do abridor de boca de borracha para manter a abertura bucal para a aplicação da anestesia. A técnica utilizada foi a pterigomandibular e lingual usando 1 tubete e meio, e a solução anestésica escolhida foi à lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000, visto que é o anestésico local que não há nenhuma contraindicação neste caso e oferece maior margem de segurança em odontopediatria (GUEDES-PINTO, 2016).

Figura 56 - Contenção física.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Logo em seguida, foi feita a remoção do tecido cariado do elemento 84 com colher de dentina, e o acesso à câmara pulpar foi instantâneo, visto que a lesão de cárie era profunda com comprometimento pulpar. Foi feita a limpeza da cavidade, com bolinhas de algodão estéril embebida em solução de clorexidina 0,12%, para remover raspas de dentinas e bactérias. Como existia fístula instalada, foi feita a medicação intracanal com bolinha de algodão estéril umedecida no tricresol formalina para propiciar a desinfecção do canal através da ação bactericida, dando condições para reparar a lesões periapical. A restauração provisória com IRM (Material Restaurador Intermediário) é indicada para restaurações provisórias de longa espera e tem a finalidade de impedir ou minimizar o risco de infiltração salivar. É ideal devido à rapidez e facilidade de manipulação, além de sua composição que é à base de óxido de zinco e eugenol, com boa ação bactericida e propriedades sedativas sobre a polpa (BONECKER; GUEDES-PINTO; RODRIGUES, 2009).

Para aproveitar o hemi arco anestesiado no elemento 85, como a cárie ainda não havia atingido a polpa, optou-se pelo tratamento expectante removendo

parcialmente o tecido cariado com a colher de dentina mais nas paredes circundantes, sempre preservando a parede pulpar para não ocorrer exposição da polpa. Conseqüentemente, este procedimento favorecerá a paralização da progressão da doença, pois removerá nichos de retenções bacterianas, dando chance para o dente formar dentina reparativa (ASSED, 2005). Posteriormente, foi feita a limpeza da cavidade com bolinha de algodão estéril embebida na solução de clorexidina 0,12% e a obturação provisória com IRM (Figura 57). No final, foi feita a checagem da oclusão do paciente com papel carbono nos elementos e remoção do excesso de material com Hollemback.

Figura 57 - Restauração provisória com IRM dos elementos 84 e 85.



Foto do espelho. Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Como o paciente nunca havia passado por nenhum procedimento odontológico anteriormente, na primeira sessão ele teve comportamento não cooperativo, o que já era de se esperar, mas conseguiu-se realizar a primeira adequação do meio bucal. Após o término do atendimento, como havia observado que a mãe não interagiu muito com a criança, sendo um pouco rígida, ela foi orientada a explicar para o paciente a importância do tratamento, dizendo que já

havia tirado todo o bichinho daquele dente e que ele não iria sentir mais dor, mostrando a massinha que havia sido colocada para incentivá-lo a deixar realizar o tratamento nas próximas sessões.

Na segunda sessão, realizaram-se os mesmos procedimentos citados acima, utilizando-se dos mesmos artifícios de abordagem linguística e contenção física para a realização da anestesia. A técnica anestésica e a solução anestésica foram as mesmas, porém, os procedimentos foram realizados em elementos diferentes.

No elemento 74, foi feita a remoção completa do tecido cariado chegando aos canais radiculares, devido à extensa lesão cariada (Figura 58). Após a limpeza da cavidade deste elemento, com bolinha de algodão estéril embebida na solução de clorexidina 0,12%, foi feita a medicação intracanal com bolinha de algodão estéril embebida na solução de tricresol formalina, com a finalidade de reduzir a fístula instalada e foi feita, também, a restauração provisória com IRM.

No elemento 75, foi feito o tratamento expectante, removendo o máximo de tecido cariado com a colher de dentina nas paredes circundantes (Figura 58) para não ocorrer exposição pulpar. Assim, conseguiu-se dar a possibilidade de o dente aumentar a reação contra a agressão para criar dentina esclerosada e dentina reacional. Logo, foi realizada a limpeza da cavidade com bolinha de algodão estéril embebida na solução de clorexidina 0,12%, restauração provisória com IRM, avaliação da oclusão com papel carbono nos dois elementos (Figura 59) e remoção do excesso de material com Hollemback.

Figura 58 - Elemento 74 após remoção completa do tecido cariado e elemento 75 após a remoção parcial do tecido cariado.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 59 - Restauração Provisória Com IRM Nos Elementos 74 e 75 e checagem da oclusão.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Após finalizar as remoções do tecido cariado nos elementos inferiores, o que foi priorizado com mais urgência, foram iniciados os procedimentos nos elementos superiores.

Na terceira sessão, foi feito o tratamento expectante nos elementos 54 e 55, e na quarta sessão, nos elementos 64 e 65. O comportamento do paciente continuava o mesmo, sendo preciso fazer a contenção física para a realização da anestesia, pois se apresentava inquieto e muito receoso nas duas sessões.

Utilizou-se os mesmos artifícios para aplicação da anestesia, porém, a técnica anestésica foi modificada, sendo infiltradas no nível do ápice dos elementos superiores, aplicando um tubete e meio do anestésico. Foi feita a remoção parcial do tecido cariado com a colher de dentina, dos elementos 54, 55 e 64, tirando mais nas paredes circundantes (Figuras 60 e 61). No elemento 65, optou-se por utilizar a broca de baixa rotação para remoção de cárie em alguns pontos da fossa oclusal. Logo em seguida, realizou-se a limpeza da cavidade com bolinhas de algodão estéril embebidas na solução de clorexidina 0,12%, restauração provisória com IRM e checagem da oclusão com papel carbono (Figura 62) e remoção do excesso do material com holleback.

Figura 60 - Elementos 54 e 55 após remoção parcial do tecido cariado.



Foto do espelho. Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 61 - Restauração Provisória Com IRM dos elementos 54 e 55.



Foto do espelho. Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 62 - Elementos 64 e 65 após remoção parcial do tecido cariado.



Foto do espelho. Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 63 - Restauração Provisória dos elementos 64 e 65 com IRM e Avaliação da Oclusão.



Foto do espelho. Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Na quinta sessão, voltou-se para o hemi arco inferior para terminar o tratamento endodôntico do elemento 84, sendo observado que com a medicação intra canal, a fístula havia sanado. Com a radiografia já realizada deste elemento, foi estabelecido a Odontometria de 12 mm. Segundo Guedes-Pinto (2016), é recomendando recuar 1 mm do ápice radicular, neste caso, recuou-se os 1mm, pois percebeu-se que a radiografia não estava encurtada nem alongada e o germe do dente permanente estava distante. Foi estabelecido, então, o comprimento de 11mm para os canais radiculares. Foram realizados os mesmos procedimentos feitos na primeira sessão, desde a contenção física para realização da anestesia, até a técnica anestésica com a mesma solução.

Logo após, foi feito o isolamento absoluto do elemento 84 que se estendeu até o elemento 85, onde foi colocado o grampo 14, e no elemento 83, onde foi feito um amarrilho com o fio dental para ancoragem (Figura 64).

Esta fase apresentou dificuldades no começo, pois o paciente apresentava muito medo e choro ao ver o arco e o lençol de borracha. Mas por meio dos recursos básicos da técnica falar, mostrar e fazer, juntamente com o método de distração, fez com que ele visse os instrumentais de outra forma, dando nomes diferenciados e

associando à filmes e desenhos, e mostrou-se os materiais em sua mão para que usasse a imaginação e, conseqüentemente, diminuísse o medo. Assim, conseguiu-se convencê-lo a deixar dar continuidade ao procedimento.

Logo em seguida, removeu-se a restauração provisória do elemento 84, com broca de alta rotação do tamanho compatível com a da cavidade, e retirou-se o algodão que estava com a medicação tricresol formalina colocada na primeira sessão, a fim de reduzir a fístula. Foi obtido sucesso, pois ele propiciou a desinfecção do canal, resultando em sua eliminação. Realizou-se a abertura coronária e com os canais expostos, foi iniciada a instrumentação seguindo as orientações de Guedes-Pinto (2016). Primeiramente foi realizado a desinfecção dos canais com solução de Milton (Hipoclorito de sódio a 1%) na seringa de irrigação, com movimentos de inserção e remoção, sempre obedecendo o cursor posicionado na medida pré-estabelecida.

A primeira lima utilizada para a exploração dos canais foi a lima tipo kerr # 15 e, por meio desta, notou-se que os canais eram amplos, podendo ser usada limas de diâmetro um pouco maior. A partir daí, foram utilizadas as limas kerr #20 e #25 com movimentos de giros de $\frac{1}{4}$ de volta para direita e $\frac{1}{4}$ de volta para esquerda, sempre acompanhada de irrigação e aspiração com a solução de Milton a cada troca de lima.

Ao final das instrumentações dos canais, foi observado o formato e se as paredes dos canais se apresentavam lisas para realizar a secagem dos condutos com cones de papel absorvente. Como houve o desaparecimento da fístula e estava propício para obturação dos canais, foi utilizada a pasta de óxido de zinco e eugenol mais iodofórmio manipulado na placa de vidro até ficar em uma consistência pastosa (Figura 65). Em seguida, foi utilizada a lima kerr#20 para colocação desta pasta nos condutos, sempre obedecendo a Odontometria estabelecida de 11 mm. Após a colocação da pasta em todos os condutos, foi condensado com bolinha de algodão estéril na entrada dos canais. O elemento dentário foi selado novamente com IRM, para que na sessão de procedimentos restauradores possamos fazer a restauração definitiva. A avaliação da obturação dos canais foi feita através do exame radiográfico do elemento 84 (Figura 66).

Figura 64 - Isolamento Absoluto.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 65 - Manipulação da Pasta Obturadora.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 66 - Obturação dos canais do elemento 84.



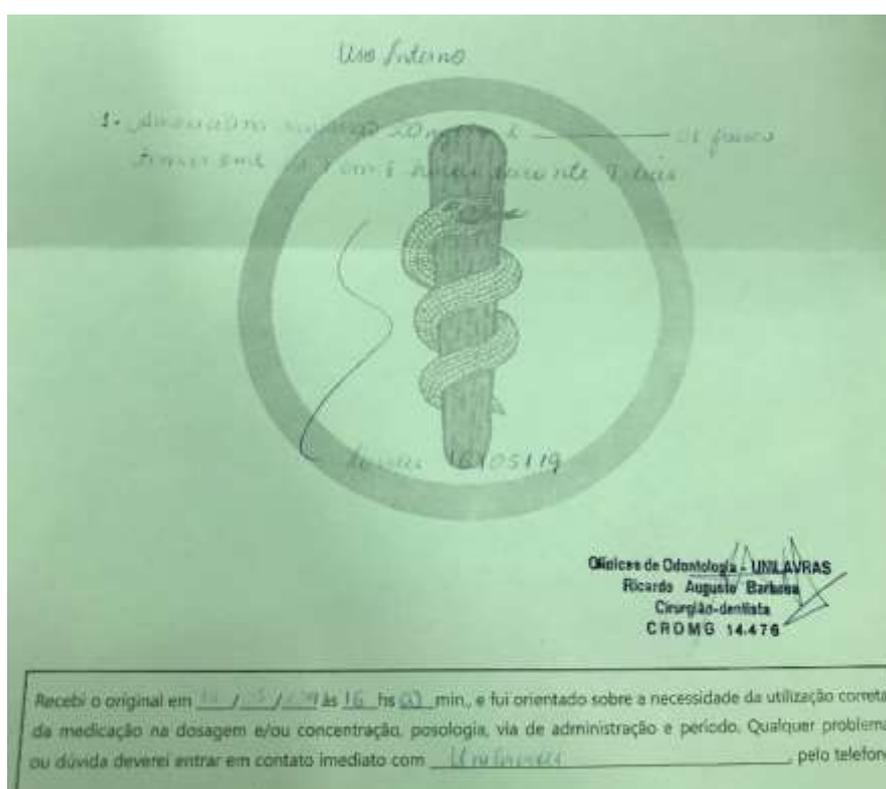
Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Na sexta sessão, quando o paciente retornou, demonstrou estar bem tranquilo e acostumado com o ambiente. De acordo com Klatchoian (2002), um ponto importante que sempre deve-se executar é o reforço positivo, que consiste em dar uma recepção calorosa ao paciente, elogiando suas atitudes boas durante o atendimento, para que assim se possa estabelecer um laço de amizade entre dentista e paciente. Esta técnica é eficaz, pois tem-se retornos e recompensas de bons comportamentos.

Ainda na sexta sessão, ao começar a técnica anestésica, como citado na segunda sessão, observou-se que a fístula do elemento 74 não havia sanado. Foi iniciada a remoção da restauração provisória para começar com o tratamento endodôntico indicado, utilizando alta rotação com a broca compatível com o tamanho da cavidade. Ao terminar a remoção da restauração, observou-se uma patologia, a reabsorção cervical invasiva decorrente do processo inflamatório gerado pela doença cárie não tratada, resultando em reabsorção do ligamento periodontal, osso e cimento (CAMARGO et al., 2008).

Optou-se pela extração, mas ela não foi realizada na mesma sessão. Logo foi fechado o elemento novamente com bolinha de algodão estéril embebida na solução de tricresol formalina, feita a restauração com IRM e marcada a cirurgia para a sétima sessão. Foi prescrito para o paciente, de acordo as orientações de Guedes-Pinto (2009), amoxicilina 20mg/kg a cada 8 horas, durante 7 dias. Foi pedido para a mãe que no dia que ela retornasse, realizar a profilaxia antibiótica com amoxicilina 50mg/kg 1 hora antes do procedimento cirúrgico. Esta profilaxia tem como objetivo a redução do risco de infecção. A posologia foi calculada de acordo com o peso atual do paciente, que era de 18 kg (Figura 67).

Figura 67 - Prescrição de medicamento.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Na sétima sessão, quando o paciente chegou acompanhado de sua mãe, foi confirmado que ela havia dado a medicação profilática conforme havia pedido. Diante disso, foi realizada a montagem da mesa clínica, a antisepsia do paciente

extra oral com uma gaze embebida na solução de clorexidina 2%, e intra oral com uma gaze embebida na solução de clorexidina 0,12%, pois ele ainda não estava apto a cuspir. Foi utilizado o anestésico tópico com auxílio de um cotonete, a solução anestésica usada foi à lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000, anestesiando o nervo alveolar inferior e o nervo lingual. Logo em seguida, foi realizado a sindesmotomia com a espátula 7, luxação do elemento 74 com a mesma espátula e para a remoção do elemento dentário com fórceps infantil (Figura 68) foi utilizada a cureta de Lucas para curetar o alvéolo devido a lesão, porém, foi tomado o correto cuidado para não lesar o germe do dente permanente, formação de coágulo e sutura em X para mantê-lo em posição (Figura 69). Foi passada a prescrição de amoxicilina para o paciente por mais 2 dias, tomando 3ml de 8 em 8 horas e Dipirona em caso de dor, 2 gotas/3 kg.

Figura 68 - Exodontia do elemento 74.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 69 - Sutura em X.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Na oitava sessão, foi realizada a remoção da sutura (Figura 70).

Figura 70 - Remoção da sutura.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Foi iniciada a 2ª Fase, correspondente ao programa preventivo individual, que tem como objetivo incentivar a promoção da saúde bucal do paciente e instituir novos hábitos. Esta fase consiste, primeiramente, em monitorar e avaliar a escovação realizada pelo paciente e, posteriormente, avaliar a escovação com a ajuda de sua mãe. Logo depois desta escovação, foi utilizado o evidenciador de biofilme através da fucsina e mostrado para a criança e a mãe onde ainda havia biofilme, que não foram removidos com a escovação feita por eles. Foi explicado que isto significa que há presença de colônias de bactérias responsáveis pelo início e desenvolvimento da doença cárie, bem como gengivites e periodontites.

Após a explicação, voltou-se ao escovódromo, ensinando a técnica correta de escovação que deve ser sempre auxiliada pelos pais. A técnica consiste nas seguintes etapas: escova posicionada na oclusal no sentido méso-distal, com finalidade de fazer com que as cerdas alcançassem toda a superfície oclusal até os sulcos fazendo movimentos de vai e vem; após estes movimentos, deve-se posicionar a escova nas faces vestibulares com movimentos no sentido méso-distal e repetindo os movimentos nas faces palatinas e linguais realizando também movimentos circulares, orientando sempre a escovação da língua no sentido vai e vem (TOLEDO, 2012). Logo em seguida, foi finalizado com profilaxia com escova de Robson e pasta profilática, sempre reforçando sobre a dieta não cariogênica.

Como o paciente é novo e acabou perdendo o elemento dentário precoce, foi preciso realizar a confecção de um mantenedor de espaço. A partir disso, foi feita a escolha da banda alça e moldagem de transferência com silicone de adição utilizando a moldeira infantil (Figura 71). Foi feito o vazamento com gesso tipo III e obteve-se o resultado do modelo onde foi realizada a confecção e a fundição do fio na banda alça.

Figura 71 - Moldagem de transferência com a banda alça.

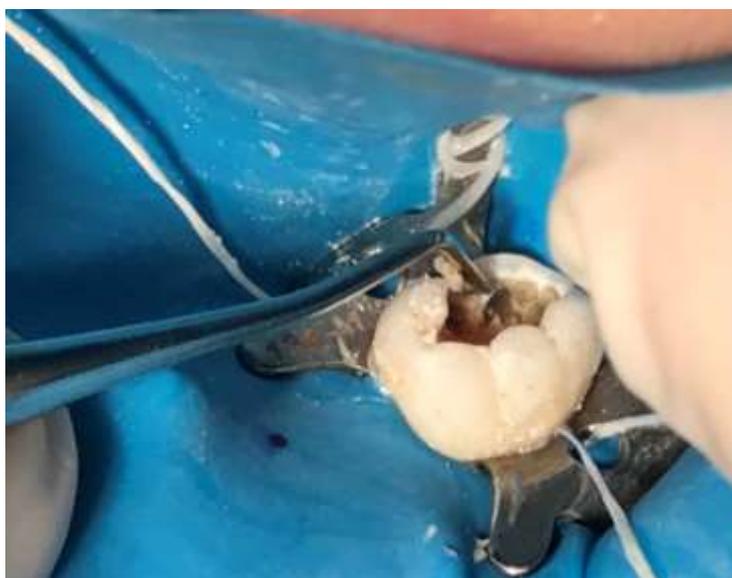


Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Na nona sessão, foi feita a restauração definitiva do elemento 75, que estava com o tratamento expectante. O nervo alveolar inferior e nervo lingual foram anestesiados com a mesma solução anestésica utilizada no começo. Foi surpreendente, pois foi possível perceber que o paciente estava muito evoluído em seu comportamento, querendo ajudar sempre que possível. Ele estava mais confiante na aluna e isso a deixou muito feliz. A mãe relatou, ainda, que a criança perguntava quando era o dia de voltar à clínica e, com isso, notou-se o quanto era importante ter o convívio e dar toda atenção necessária ao paciente, pois é muito importante ter um vínculo com eles e criar um laço de amizade, respeito e carinho.

Logo, foi feito o isolamento absoluto, envolvendo apenas o elemento 85 utilizando o grampo 14A e iniciou-se a remoção do máximo de tecido cariado com uma colher de dentina afiada, sempre começando nas paredes circundantes em direção à parede pulpar e preservando para não ocorrer exposição da mesma (Figura 72). O tecido encontrava-se amolecido de cor marrom clara, característico de lesão ativa (Figura 73).

Figura 72 - Remoção de tecido cariado com colher de dentina do elemento 85.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 73 - Tecido cariado.



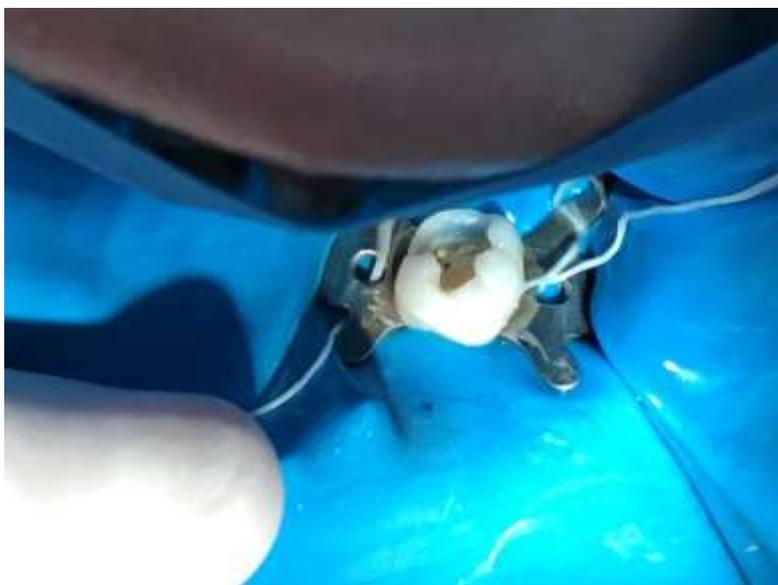
Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Após a remoção completa do tecido cariado, foi feita a limpeza da cavidade com bolinha de algodão embebido na solução de clorexidina 0,12%, para limpeza da

cavidade e secagem com bolinhas secas de algodão estéril. Como a cavidade se apresentava muito profunda, foi preciso fazer a proteção pulpar, usando o cimento de hidróxido de cálcio (Figura 74) que, além de ser biocompatível, tem ação antibacteriana e a vantagem de estimular a deposição de dentina reparadora. Utilizou-se o sistema adesivo auto condicionante universal para promover maior adesão do material restaurador. Foram aplicadas 2 camadas, com o auxílio do microbrush e um breve jato de ar entre cada uma aplicação e fotoativação por 20 segundos (BARATIERI; MONTEIRO JR, 2012).

Logo em seguida, foi feita a restauração utilizando a resina bulk fill para forramento da cavidade e, posteriormente, a utilização da resina composta Filtek Z250 XT 3M cor B1, que foi levada de forma incremental à cavidade com auxílio da espátula de resina, sendo fotoativada por 40 segundos entre cada camada e checagem da oclusão com papel carbono, remoção do excesso e acabamento da restauração (BARATIERI; MONTEIRO JR, 2012).

Figura 74 - Elemento 85 com cimento de hidróxido de cálcio.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Como a mãe do paciente veio de sua cidade natal para morar na casa de sua filha e tentar um emprego e não deu certo, nesta mesma sessão ela conversou com a aluna, pedindo para que na próxima sessão arrumasse os “dentes da frente da criança” para que ela pudesse voltar para sua cidade natal. Foi conversado com ela sobre os tratamentos que ainda não haviam sido realizados e que era de suma importância continuar com os procedimentos. Então, a mãe foi orientada a continuar levando a criança ao dentista até concluir o tratamento, quando chegasse em sua cidade natal.

Na décima sessão, foi realizada a restauração dos elementos anteriores superiores, fazendo a secagem da mucosa e aplicação do anestésico tópico com o auxílio de um cotonete na região anterior próximo ao lábio superior. Logo, foi feita a anestesia infiltrativa na região de fundo de saco de vestíbulo em nível do ápice dos elementos 51 e 52 e entre os elementos 61 e 62 e, em seguida, inter papilar entre os incisivos para isquemiar a palatina, e complemento na região palatina utilizando 1 tubete e meio com a mesma solução anestésica utilizada nas sessões anteriores. Foi feito o isolamento absoluto e optou-se por utilizar amarrilhos com elastiques ortodônticos e fio dental nos elementos 52 e 62 (Figura 75) e amarrilhos apenas com fio dental nos elementos 51 e 61. Logo, foi iniciada a remoção do tecido cariado nos elementos. De acordo com as orientações de Guedes-Pinto (2016), a remoção do tecido cariado pode ser de duas formas: com instrumentos manuais (colher de dentina) ou com brocas esféricas em baixa velocidade. Neste caso, foi utilizado apenas o segundo método de remoção, usando broca esférica do tamanho compatível com a lesão, pois o tecido encontrava-se mais endurecido, tanto na face vestibular quanto na face palatina (Figuras 76 e 77).

Figura 75 - Isolamento absoluto utilizando amarrilho com fio dental.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 76 - Remoção do tecido cariado da face vestibular.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 77 - Remoção do tecido cariado da face palatina.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Após a remoção do tecido cariado dos elementos (Figuras 76 e 77), foi feita a limpeza da cavidade com bolinha de algodão estéril embebida em solução de clorexidina 0,12% e secagem com bolinhas secas de algodão estéril, com o intuito de não promover o colapamento das fibras colágenas presentes nos túbulos dentinários. Utilizou-se o sistema adesivo autocondicionante universal para promover maior adesão do material restaurador, aplicando duas camadas com o auxílio do microbrush, breve jato de ar e fotoativação por 20 segundos. Foi aplicada a resina composta Filtek Z250 XT, cor B1, acrescentando gradualmente à cavidade com o auxílio de uma espátula e pincel para alisamento da resina (Figura 78) e fotoativação por 40 segundos entre cada camada, reestabelecendo aos poucos a anatomia do elemento (Figura 79). Ao final, foi realizado o acabamento e polimento com brocas de granulação fina e discos de polimento de resina.

Figura 78 - Pincel para alisamento da resina.



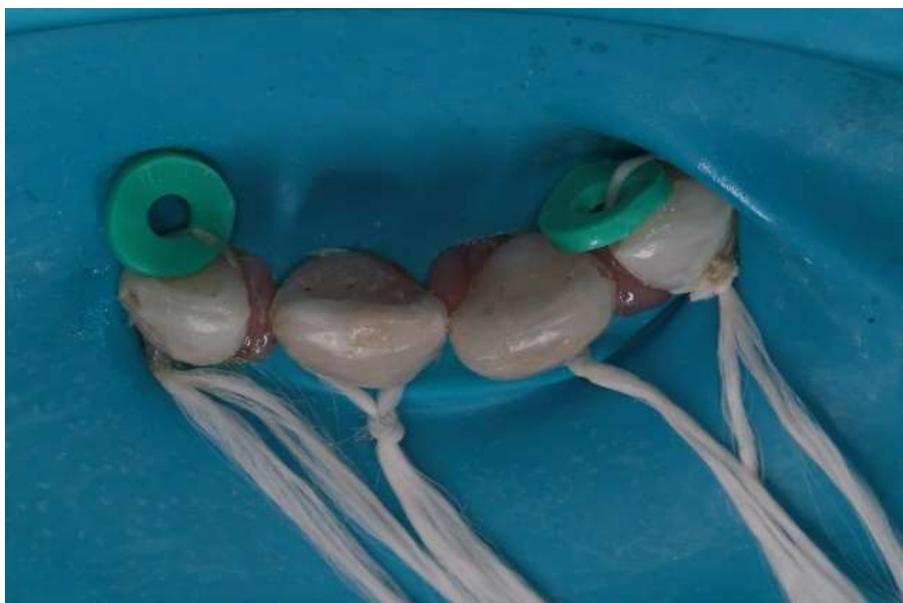
Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 79 - Restauração da face vestibular dos elementos anteriores.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 80 - Restauração da face palatina dos elementos anteriores.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Após as restaurações, era para ter sido realizada a cimentação do mantenedor de espaço, porém, como foi um procedimento demorado, não deu tempo de realizá-lo, pelo fato da mãe ter combinado uma carona e já havia excedido o tempo de espera. Então, foi marcado para que ela voltasse na próxima semana para que ele fosse atendido na clínica infantil II do 7º Período e fosse feita a cimentação do mantenedor de espaço, pois a vocacional de odontopediatria havia terminado. Quando chegou o dia marcado, o paciente não compareceu à clínica para tal procedimento. Então, a mãe foi contatada via telefone e orientada a continuar levando a criança para dar continuidade ao tratamento odontológico em sua cidade. Apenas ter realizado a adequação do meio bucal do paciente, diminuindo a microbiota cariogênica, e iniciadas as restaurações, foi extremamente gratificante, além de ver um sorriso de agradecimento de uma criança tão simples e inocente. Com este caso, tive grandes oportunidades de aprendizado e crescimento que vou levar para vida toda.

2.5 Caso Clínico de Odontopediatria: aluna Rafaela de Resende

Ingressei no curso de Odontologia em fevereiro de 2015, mas sempre tive contato com a profissão, pois tenho familiares nesta área. A Odontologia sempre me chamou atenção, mesmo não sendo minha primeira opção. Poder fazer o bem, ver o sorriso no rosto do paciente, aliviar a dor e o desconforto é muito gratificante. Apaixonei-me pela área desde o primeiro contato. Os primeiros períodos foram mais conturbados, cansativos e pouca prática era vista, mas entre o 4º e 5º período as práticas aumentaram e o amor pela Odontologia também. No 7º e 8º período, descobri uma das minhas paixões, a Odontopediatria. Nestes dois períodos, tive a oportunidade de atender várias crianças e, dentre elas, escolhi uma para meu portfólio, pois foi um caso que me chamou atenção, me despertou maior interesse e com um resultado final que me deixou extremamente feliz.

Sempre gostei de crianças e trabalhar com elas é maravilhoso, mesmo diante das dificuldades. A clínica infantil foi uma das melhores experiências, pois ver aqueles sorrisos, ganhar aquele abraço no final do atendimento é uma enorme satisfação. A humildade, carinho e inocência destes baixinhos é o que mais me tocou e me fez querer sempre ser melhor no que faço.

A seguir, o caso clínico relatado foi de extrema importância para mim, não só ele, como todas as experiências vivenciadas durante estes cinco anos.

2.5.1 Apresentação do local de estágio

O caso clínico foi iniciado na Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), nas disciplinas Infantil II e III, durante o 7º e 8º períodos, sendo realizado por mim, Rafaela de Resende, auxiliada pelo colega José Firmino de Souza Neto e orientada pelos professores Ricardo Augusto Barbosa e Gilberto de Oliveira Júnior.

2.5.2 Desenvolvimento do Caso Clínico

Diferentemente de outras especialidades odontológicas, a Odontopediatria é muito completa, no que se refere a amplitude de procedimentos realizados, constituindo uma clínica integrada no paciente infantil. A criança, por sua vez, exige

esforços, no sentido de ser convencida da necessidade do atendimento e preparada para, efetivamente, receber de forma cooperadora o tratamento recomendado no planejamento executado pelo cirurgião dentista. Além destes esforços, há uma necessidade antecedente a esse paciente que é, justamente, a de se relacionar com os responsáveis pela criança, estabelecendo regras de boa convivência e de parceria para que se obtenha sucesso no tratamento da criança, já que os objetivos de todas as partes parecem ser os mesmos: bem-estar, sucesso no comportamento durante a execução dos procedimentos e, principalmente, o alcance da saúde integral (GUEDES-PINTO, 2016).

No ano de 2018, na Clínica Infantil II, foi iniciado o tratamento de uma paciente do sexo feminino, 8 anos de idade. Logo ao pegar o prontuário dela, percebeu-se que havia um encaminhamento para Ortodontia. Após fazer a anamnese e o exame clínico, foi feito um pedido de panorâmica para melhor avaliação do caso. Na semana seguinte, a paciente voltou com a radiografia panorâmica (Figura 81).

Figura 81 - Radiografia panorâmica da paciente no dia 23/05/2018.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

O exame clínico e radiográfico mostrou a presença de apinhamento na arcada superior e inferior, devido à falta de espaço. Como o apinhamento superior era primário temporário, optou-se apenas por preservar, pois a magnitude do apinhamento era pequena e com o próprio desenvolvimento da oclusão este apinhamento já iria se auto corrigir. Na arcada inferior, o apinhamento já era primário definitivo e, neste caso, optou-se pelas extrações dos elementos 73 e 83 (Figura 82), abrindo espaço para o alinhamento dos incisivos permanentes inferiores.

Figura 82 - Exodontia do elemento 83.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Almeida (2013) subdividiu o apinhamento primário em temporário e definitivo. O apinhamento primário temporário acontece quando os incisivos apresentam irregularidades de posição, mas irrompem na linha do rebordo alveolar. O nome se originou do caráter temporário desse tipo de apinhamento, que se autocorrigem com o tempo, à medida que os mecanismos de compensação, presentes durante o desenvolvimento da oclusão, aumentam o perímetro do arco. O apinhamento primário definitivo não se autocorrigem, podendo ser de origem genética ou ambiental. O diagnóstico é elaborado a partir da erupção dos incisivos completamente fora do

rebordo alveolar, geralmente por lingual, sem, contudo, haver espaço disponível para seu alinhamento na linha do rebordo alveolar. A erupção dos incisivos na linha do rebordo alveolar ocorre à custa da exfoliação de mais um dente decíduo.

A solução anestésica escolhida para o procedimento cirúrgico foi lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000, visto que é o anestésico local que oferece maior margem de segurança em Odontopediatria e não havia nenhuma contraindicação neste caso (GUEDES-PINTO, 2016). A técnica anestésica realizada foi a infiltrativa, também chamada periférica ou terminal, que consiste no depósito da solução anestésica em local definido, objetivando alcançar um ramo nervoso e promovendo o bloqueio da condução nervosa no local desejado.

A exodontia foi realizada pela técnica I, que é a extração feita com fórceps. De acordo com Guedes-Pinto (2016), os movimentos realizados para luxar um dente alteram-se em razão do número de raízes que ele possuir. Assim, tem-se que, para os dentes com apenas uma raiz, devem-se empregar movimentos pendulares e de rotação. A parte ativa do fórceps deverá prender corretamente a coroa dental, para que a força aplicada ao cabo seja convenientemente transmitida ao dente, possibilitando sua luxação.

Após os procedimentos de extrações, foram feitas todas as instruções pós-operatórias para a paciente e sua mãe. As recomendações foram: não fazer esforço físico, evitar abaixar a cabeça, cuspir e bochechar, mantendo o coágulo e colaborando para correta hemostasia. Foi prescrito um analgésico, em caso de dor, e o de escolha foi o paracetamol, visto que a paciente era alérgica a dipirona.

Na semana seguinte, a paciente retornou para a remoção da sutura. Foi feito o exame clínico de todos os dentes e observaram-se várias lesões de cárie ativa (Figura 83). Então, a paciente ingressou no tratamento integral na clínica infantil, com intuito de reestabelecer sua saúde bucal e devolver sua vontade de sorrir e, principalmente, de cuidar dos dentes. A paciente foi totalmente colaborativa e atenciosa, tornando o atendimento prazeroso e sem nenhuma contrariedade.

Figura 83 - Ficha de diagnóstico e plano de tratamento.

FICHA DE DIAGNÓSTICO		PLANO DE TRATAMENTO
74	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
75	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
76	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
77	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
78	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
79	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
80	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
81	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
82	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
83	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
84	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
85	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
86	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
87	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
88	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
89	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
90	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
91	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
92	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
93	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
94	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
95	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
96	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
97	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
98	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
99	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0
100	Rest. RC - 010 - 01 - 01 - 01 - 01	Rest. RC - 010 - 0

SEQUÊNCIA DO PLANO DE TRATAMENTO INTEGRAL

- 1º. higienização do elemento 83.
- 2º. higienização do elemento 73.
- 3º. rest. RC - 010 (10) - elemento 55.
- 4º. rest. RC - 010 (10) - elemento 64.
- 5º. rest. RC - 010 (10) - elemento 75.
- 6º. rest. RC - 010 (10) - elemento 85.
- 7º. abrand. no elemento 24.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Após a realização dos exames e conclusão do diagnóstico, foi elaborado o plano de tratamento, de acordo com as 4 fases: Fase 1: Avaliação e/ou urgência; Fase 2: Adequação do paciente; Fase 3: Reabilitação do paciente; e Fase 4: Manutenção preventiva. Segundo Toledo (2012), o Odontopediatra deve assumir o papel do profissional que, aliado à família, cria condições para a criança continuar desfrutando de um estado saudável e harmônico dos dentes, tecidos mole e oclusão, ao chegar à adolescência. Para atingir este objetivo, o profissional pode valer-se da estruturação do tratamento de seu paciente dentro das quatro fases.

Antes de iniciar o tratamento, foi feita a instrução de higiene oral, controle do biofilme e foi conversado com a paciente sobre a importância de uma boa alimentação e higienização, sendo assistido também pela mãe da paciente. Optou-se por começar o tratamento pelo elemento 75, onde havia uma lesão de cárie ativa muito extensa na oclusal, como mostrado na radiografia *bite wing* (Figura 84). Planejou-se a remoção parcial do tecido cariado, a limpeza das paredes

circundantes e deixar um pouco de dentina afetada na parede de fundo, para não correr o risco de uma exposição pulpar.

De acordo com Araújo et al. (2017), com o advento da Odontologia conservadora, propõe-se a preservação de uma camada da dentina desmineralizada sobre a polpa e a aplicação de um material forrador para induzir a formação de dentina terciária, selando a cavidade temporariamente, antes de realizar a restauração definitiva no dente. O selamento da cavidade com materiais restauradores sobre a dentina cariada, é capaz de estacionar a progressão da cárie por pelo menos 10 anos, indicando a não necessidade da remoção completa para a obtenção de sucesso clínico. Além disso, o selamento correto da dentina cariada diminui significativamente a microbiota sobrevivente, aumenta a dureza e reorganização da dentina, independente do material forrador utilizado.

Figura 84 - Radiografia *bite wing* da paciente no dia 23/05/2018.

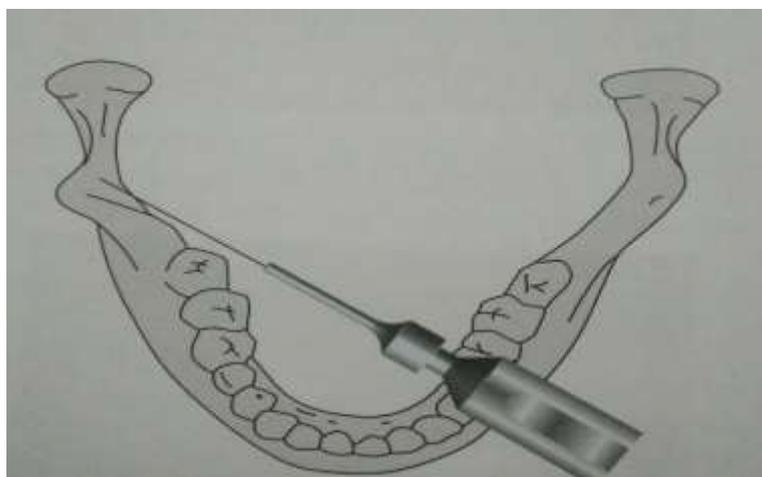


Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Primeiramente, foi realizada a anestesia na paciente, na qual usou-se a solução de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 e a técnica pterigomandibular, também chamada de NAI (nervo alveolar inferior), no método direto. De acordo com Guedes-Pinto (2016), com o dedo indicador, palpa-se a linha oblíqua externa e localiza-se sua depressão, que constitui a fossa retromolar. Mantendo a polpa do

dedo nessa depressão, vira-se este, de tal modo que a unha fique voltada para o plano sagital, paralelo e externo ao plano oclusal. O centro da unha dará o ponto exato da inserção da agulha e a seringa deve ser colocada na altura dos molares decíduos ou pré-molares do lado apostado a ser anestesiado. Atravessando-se o músculo bucinador, encontra-se o espaço pterigomandibular do ramo ascendente da mandíbula. Nesta posição, a agulha é aprofundada até que sua ponta toque o osso, devendo ser recuada ligeiramente (Figura 85).

Figura 85 - Posição da seringa para anestesia pterigomandibular pela técnica direta.



Fonte: Guedes-Pinto (2016, p. 435).

Após a anestesia, foi iniciada a remoção do tecido cariado com colher de dentina e broca esférica em baixa rotação, e mesmo antes de terminar a remoção parcial deste tecido, realizou-se o isolamento absoluto utilizando lençol de borracha, arco e grampo 205. Uma vez isolado, deu-se continuidade à remoção do tecido cariado com a broca esférica em baixa rotação, quando, então, houve uma exposição pulpar acidental mecânica, provocada pela broca (Figura 86).

Figura 86 - Exposição pulpar accidental no elemento 75, dia 15/08/2018.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Com uma exposição grande, a quantidade de tecido pulpar lesado é maior e há mais possibilidades de contaminação por microrganismos. Entretanto, quando ocorre exposição, em consequência de uma injúria traumática ou mecânica a uma polpa saudável, o tamanho da exposição não influenciará tanto (COHEN; HARGREAVES, 2007).

Devido ao curto tempo, a aluna e o professor responsável, Ricardo, optaram por fazer um capeamento direto, usando forramento com hidróxido de cálcio P.A, cimento de hidróxido de cálcio e selamento com IRM (material restaurador intermediário), pois apresenta efeito terapêutico sobre a polpa devido à presença de eugenol em sua composição (Figuras 87, 88, 89 e 90). O hidróxido de cálcio P.A, compreende o hidróxido de cálcio na forma pura, devendo limitar sua aplicação ao local da exposição pulpar, e como não toma presa, é necessário recobri-lo com o cimento de hidróxido de cálcio e aplicar sobre ele uma camada de material restaurador provisório (ANUSAVICE; SHEN; RAWLS, 2013).

Porém, o prognóstico não era bom devido ao tamanho da exposição e, com isso, já era planejado de fazer uma pulpotomia ou pulpectomia, caso não houvesse

hemostasia fisiológica do remanescente pulpar radicular, na próxima semana. Após o selamento, foi feita uma radiografia periapical (Figura 91).

Segundo Toledo (2012), o capeamento pulpar direto ou a proteção pulpar direta, consiste, segundo alguns autores, na aplicação de um agente protetor sobre o tecido pulpar exposto, a fim de promover o restabelecimento da polpa e protegê-la de irritação adicional, mantendo sua vitalidade.

A principal característica do cimento hidróxido de cálcio é estimular a deposição de dentina, participando do processo reparador e da proteção do complexo dentina-polpa, auxiliando na formação de dentina reparadora e apresentando, também, biocompatibilidade e ação antimicrobiana. Este cimento possui baixos valores de propriedades mecânicas, como elasticidade, resistência à compressão e tração, o que restringe seu uso basicamente a forramento cavitários.

Figura 87 - Manipulação de hidróxido de cálcio P.A, dia 15/08/2018.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A pasta de hidróxido de cálcio pode ser preparada com manipulação de água destilada ou soro fisiológico e o pó de Ca(OH)_2 P.A.

Figura 88 - Colocação do hidróxido de cálcio P.A na cavidade, dia 15/08/2018.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 89 - Colocação de cimento de hidróxido de cálcio na cavidade, dia 15/08/18.

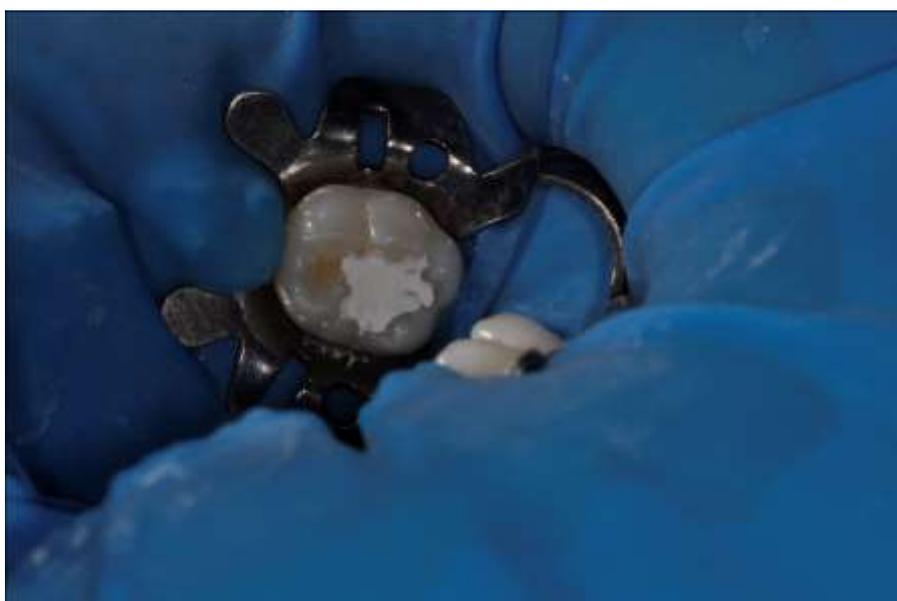


Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Por apresentar presa rápida, de 2 a 3 minutos, a homogeneização do cimento de hidróxido de cálcio deve ser realizada de maneira rápida e eficiente, até a

obtenção de uma cor uniforme e viscosidade adequada. Sua inserção na cavidade deve ser na porção mais profunda (região mais próxima da polpa), evitando excesso e contato com as paredes circundantes. O aumento da umidade e temperatura, diminui o tempo de presa e de trabalho (CHAIN, 2013).

Figura 90 - Selamento provisório da cavidade com IRM, dia 15/08/2018.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Segundo Pinto et al. (2011), o IRM é formado por oxido de zinco e eugenol, que tem como vantagem o efeito terapêutico sobre a polpa (anti-inflamatório e analgésico), além de apresentar bom isolamento térmico. Quanto ao efeito antibacteriano, este possui uma marcante inibição contra *Streptococcus mutans*, indicando um potencial para prevenir lesões cariosas secundárias. Ademais, seu espectro de ação atua contra bactérias aeróbicas e anaeróbicas, demonstrando um efeito global antibacteriano. Entretanto, apresenta como desvantagem a inibição da polimerização de materiais resinosos, devido à interferência do eugenol nas propriedades físicas do substrato, alterando sua energia superficial e capacidade de molhamento. Este fato pode ocorrer quando áreas da superfície dentária

permanecem cobertas por pequenas quantidades de material que são imperceptíveis macroscopicamente.

Por outro lado, o condicionamento com ácido fosfórico teria a capacidade de contrapor esse efeito deletério, uma vez que desmineraliza a dentina a uma profundidade além de sua possível impregnação com eugenol. Somado a isso, o fato de realizar o enxague com água após este condicionamento, tende a reduzir a quantidade de eugenol livre e restos de restauração temporária na superfície dentinária (MOURA; RABELLO; PEREIRA, 2013).

Portanto, o cirurgião-dentista deve efetuar uma eficiente preparação da superfície dentária antes do procedimento adesivo, com o condicionamento ácido correto e lavagem da superfície com água pelo dobro do tempo, para realizar a dissolução da *smear layer* e desmineralização da dentina peri e intertubular, expondo a rede de fibras colágenas. Assim, o adesivo conseguirá penetrar entre as fibras colágenas e formar uma camada híbrida satisfatória, que consiste na interdifusão do adesivo com as fibras colágenas, sendo extremamente importante para a adesão.

Figura 91 - Radiografia periapical após o capeamento direto e selamento com IRM, dia 15/08/2018.

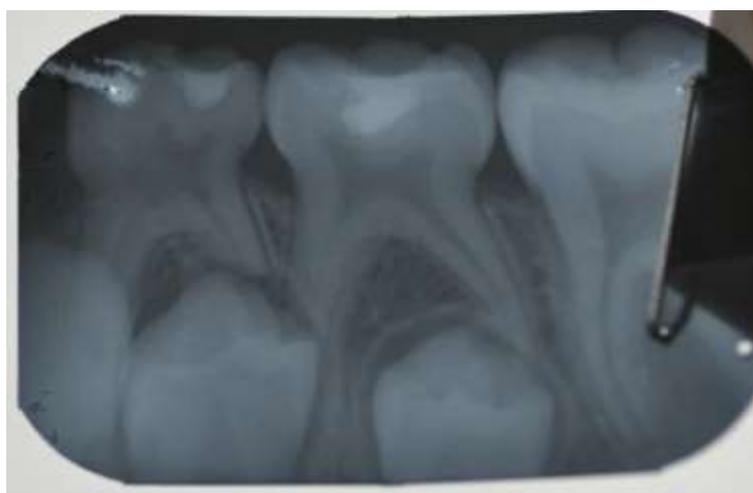


Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Uma das principais propriedades do hidróxido de cálcio é a sua atividade antimicrobiana, que ocorre devido ao seu pH alcalino (12,6), e está relacionada à dissociação iônica em íons hidroxila e íons cálcio. Esta liberação de íons hidroxila altera as propriedades da membrana citoplasmática bacteriana, prejudicando as funções vitais como metabolismo, crescimento e divisão celular (MARÃO, 2010). Esta dissociação iônica ativa enzimas como a fosfatase alcalina, estimulando a formação de dentina secundária, além do pH básico favorecer a hemostasia e causar necrose superficial das células pulpares, induzindo as células mesenquimais indiferenciadas a se diferenciar em odontoblastos que, conseqüentemente, irão produzir dentina reparadora, promovendo a formação da ponte dentinária. O seu efeito cauterizante sobre a polpa exposta, causa uma necrose superficial por coagulação, reduzindo a liberação de mediadores químicos da inflamação e proporcionando uma recuperação mais rápida e completa do tecido pulpar, culminando na formação de uma barreira mineralizada (PEREIRA et al., 2014).

Após o forramento e selamento, a paciente foi liberada e o retorno foi marcado para 7 dias. Como o prognóstico era duvidoso, a paciente foi orientada caso houvesse dor ou surgimento de fístula. Na semana seguinte ela retornou e, surpreendentemente, não havia tido alteração clínica e nem radiográfica (Figura 92).

Figura 92 - Radiografia periapical uma semana após o capeamento direto, dia 22/08/2018.

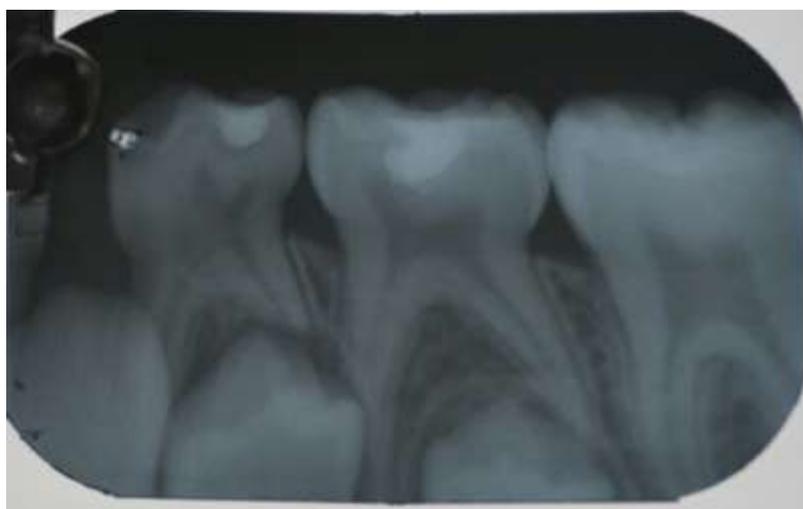


Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Como não houve alteração clínica nem radiográfica, resolveu-se preservar por mais duas semanas e a esperança de obter sucesso foi só aumentando. Como o atendimento era feito uma vez por semana, enquanto era acompanhado o elemento 75, prosseguiu-se com o tratamento de outras necessidades nesse intervalo de tempo.

A paciente voltou na data marcada e foi realizada mais uma radiografia periapical, na qual não foi detectada nenhuma alteração, não havia reabsorções internas ou externas, espessamento da cortical nem lesão de furca. Enfim, os aspectos radiográficos estavam dentro da normalidade, como mostrado na figura 93. Foi feita a inspeção visual, na qual também não foi detectada nenhuma alteração, não havendo fístula, mobilidade, escurecimento da coroa e nem alteração de cor dos tecidos de suporte. Com a evolução do tratamento, o resultado deixou a aluna muito entusiasmada e, ao mesmo tempo, surpresa, o que a levou a fazer essa escolha para o portfólio.

Figura 93 - Radiografia periapical de quatro semanas após o capeamento direto, dia 12/09/2018.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Novamente, a paciente foi orientada a voltar dentro de um mês, pois como o prognóstico estava sendo positivo, foi resolvido que o período entre as consultas

poderia ser aumentado, mas o índice de sucesso já era de quase 100% e a felicidade aumentava a cada retorno da paciente. Ela retornou e foram realizados os mesmos exames radiográficos e de inspeção visual, no qual se mantiveram os resultados da última consulta (Figuras 94 e 95).

Figura 94 - Radiografia periapical dois meses após o capeamento direto, dia 17/10/2018.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 95 - Inspeção visual dos tecidos, dia 17/10/2018.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Após três meses e uma semana, a paciente voltou e não relatou nenhum quadro de dor ou incômodo. Foi realizada a radiografia periapical, inspeção visual, testes de vitalidade, percussão e palpação, confirmando que realmente não havia nenhuma alteração (Figuras 96 e 97). Optou-se por restaurar definitivamente o elemento com resina composta, removendo somente parte do IRM (Figura 98) e realizando o devido condicionamento ácido, com ácido fosfórico 37% por 15 segundos em dentina e 30 segundos em esmalte, sistema adesivo convencional, aplicado de forma ativa com auxílio de microbrush, restaurando de maneira incremental e fotoativando de forma gradual para atingir as melhores propriedades da resina composta, checagem da oclusão com carbono (Figura 99), acabamento e polimento final (Figura 100).

Figura 96 - Radiografia periapical de três meses e uma semana após o capeamento direto, dia 21/11/2018.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 97 - Inspeção visual dos tecidos, dia 21/11/2018.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 98 - Remoção parcial do IRM, dia 21/11/2018.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 99 - Checagem da oclusão com carbono, dia 21/11/2018.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

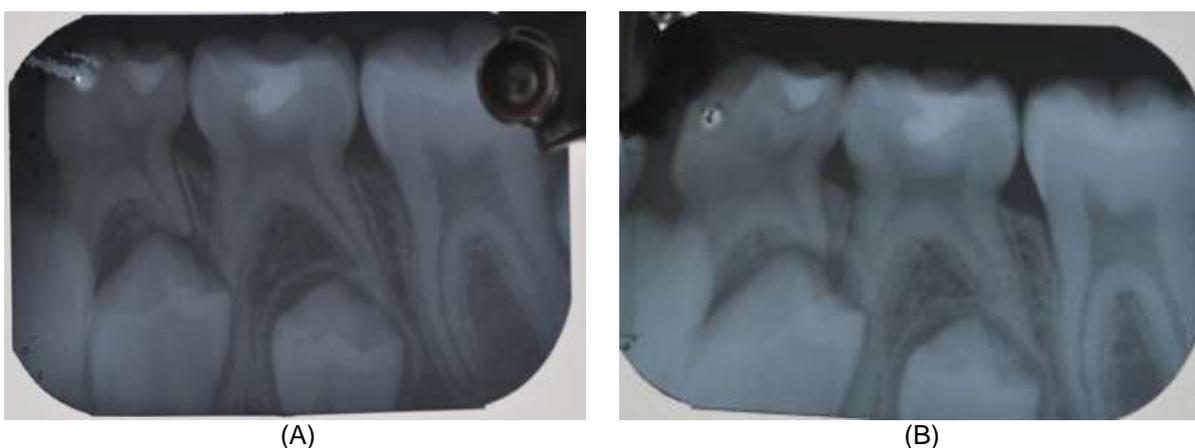
Figura 100 - Acabamento final da restauração em resina composta do elemento 75, dia 21/11/2018.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Ao final, realizou-se uma comparação do início e final do tratamento, utilizando a primeira e última radiografia periapical tirada da paciente, no qual pode-se observar a formação de dentina terciária reparadora (Figura 101 - A e B).

Figura 101 - Radiografia periapical do início (A) e final do tratamento (B), mostrando a formação de dentina.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

O êxito do tratamento depende da prévia e exata avaliação do estado patológico da polpa. O processo de capeamento depende, primariamente, da capacidade do tecido pulpar em se regenerar. Vários fatores interferem nessa reparação, como idade do dente, condição periodontal e estágio de formação da raiz. Fatores clínicos como tamanho da exposição pulpar, natureza da exposição (traumática, mecânica ou lesão de cárie) e contaminação microbiológica do local, também são determinantes para o sucesso do capeamento pulpar (DELFINO et al., 2010).

A chave principal do sucesso para o tratamento de crianças, uma vez preenchidas as qualidades básicas, é o desejo definido de tratá-las, de obter êxito na especialidade, além de uma grande vontade de acertar, aliada a uma dose não menor de carinho e amor por elas como seres humanos integrais, e não apenas como pacientes de Odontopediatria. Esta associação, do desejo de fazer benefícios

e o carinho demonstrado, proporciona um ambiente tão favorável que, raramente, o profissional não atinge seu objetivo (GUEDES-PINTO, 2016).

As férias chegaram e, ao retornar no início de 2019, o acompanhamento foi interrompido devido à perda de contato com a paciente e sua mãe. Entretanto, é importante ressaltar que se obteve sucesso na conduta clínica e a aluna ficou extremamente feliz por satisfazer a expectativa da paciente e alcançar resultados positivos, tais quais auxiliaram em seu crescimento profissional e pessoal.

3 AUTOAVALIAÇÃO

3.1 Autoavaliação da aluna Alice de Aguiar Correia

Desde sempre admiro sorrisos, pois eles são um reflexo do que a pessoa transparece ser. Sempre tive um texto em mente:

O sorriso é o espelho da alma, é o reflexo do coração e da mente, o sorriso é algo tão poderoso que consegui mudar os maus sentimentos daqueles que o vê. Num simples sorriso se expressa amor, fidelidade, compaixão, simpatia e tantos outros sentimentos tão belos. Como um movimento de nossa face pode ser tão puro e sensato a ponto de nos demonstrar que mesmo que tudo se vá, tudo se perca, nunca tirarão o simples sorriso de nossa face (AUGUSTO, 2019).

Escolhi a área de Odontologia para, justamente, promover sorrisos, saúde e mudar a vida das pessoas, de alguma forma, devolvendo a autoestima, a saúde e o prazer de sorrir. É muito gratificante saber que fazemos a diferença na vida de nossos pacientes.

Quando estava no 3º ano do Ensino Médio, decidi prestar vestibular para o curso de Odontologia do UNILAVRAS e, quando saiu o resultado, fiquei muito motivada e decidi fazer a matrícula. Lembro como se fosse hoje do primeiro dia de aula, cheio de sentimentos, de ansiedade e euforia. Tudo era muito novo para mim, pelo fato de ter ingressado em uma faculdade, ter uma nova turma de amigos e um estilo de vida diferente.

Depois de quase 5 anos, vejo quanta coisa mudou, quantas experiências, conhecimentos e responsabilidades foram vivenciados. A convivência com pessoas diferentes que passaram em nossas vidas também trouxe ensinamentos, como saber se relacionar melhor com o próximo, ter a possibilidade de aprender com os nossos erros e, assim, tornando-nos pessoas melhores a cada dia.

Ao longo da graduação em Odontologia, fui identificando-me com várias áreas do curso. O que me despertou mais interesse foram as áreas de periodontia e cirurgia. Na disciplina de Atividades Vocacionais do 9º período, optei pela especialidade de Periodontia, pois essa disciplina oferece oportunidade de fazer cirurgia periodontal e ter mais conhecimento sobre enxerto conjuntivo, enxerto

ósseo, levantamento de seio maxilar, recobrimento radicular e gengivoplastia. Além de restabelecer a estética, também devolve a função dos elementos dentários e a reabilitação do sistema estomatognático do paciente.

O caso clínico mencionado me trouxe mais conhecimentos sobre a doença lesão endoperiodontal, de como proceder e tratar. Muitos profissionais, devido à extensão da lesão, optariam pela extração do elemento dentário. Porém, mesmo o prognóstico sendo duvidoso, sempre buscamos fazer o possível para tratar a doença. Por isso, este caso foi de grande pertinência para o meu futuro profissional.

3.2 Autoavaliação da aluna Amanda Lopes Mesquita

Hoje percebo o quanto amadureci e cresci, no que se refere ao conhecimento, prática e humanidade, no decorrer destes cinco anos. Observo que cada disciplina teve seu papel fundamental em minha formação.

Com as práticas vivenciadas nos locais de estágio, UNILAVRAS, UFLA e PSF, me deparei com casos clínicos de diversos tipos. Todos eles acrescentaram experiências que farão a diferença em minha carreira profissional, pois trabalhar em locais onde os materiais e equipamentos são completamente diferentes, se tornou um desafio ainda maior. Além disso, saber lidar com serviços públicos e privados foi um grande aprendizado durante a graduação.

É válido registrar que, além da contribuição acadêmica com agregação de conhecimentos, a execução do caso clínico explorou também uma outra vertente, a do lado humano da profissão. Aprendemos que o nosso maior bem é o paciente e, por isso, saber lidar com ele, realizar seu desejo dentro do que estiver ao nosso alcance e ter o seu reconhecimento é o nosso maior aprendizado.

Há muito tempo admiro o sorriso e considero que ele seja a expressão mais genuína da alma. A possibilidade de restabelecê-lo sempre foi instigante para mim, bem como uma realização pessoal. Por isso, escolhi a Odontologia, por considerar fascinante trabalhar com o mais perfeito movimento do corpo humano: o ato de sorrir.

3.3 Autoavaliação da aluna Ana Luiza Vasconcelos Silva

Há quase 5 anos atrás, quando ingressei na faculdade de Odontologia do UNILAVRAS, não imaginava o quanto mudaria minha vida. Hoje percebo o quanto tenha sido, talvez, a parte mais importante dela. Criei um laço de família com os amigos que fiz aqui (e que grandes amigos!). Tornei-me uma pessoa muito melhor, mais madura e muito mais consciente do quanto a vida é especial, nos mínimos detalhes que seja. Tive vários momentos que pensei em desistir e, até mesmo, voltar para mais perto da minha família e amigos, mas com todo o apoio deles e dos professores com quem tive a feliz oportunidade de me aproximar, tive a certeza que os caminhos que escolhemos trilhar ao longo da vida nos levam a lugares certos, desde que sejam trilhados com amor, paz, persistência e fé. A certeza disso tudo é a felicidade e a gratidão nesse momento de dever cumprido.

Eu sempre quis a Odontologia e, graças a Deus e aos meus pais, que sempre me apoiaram nas minhas decisões, eu pude escolhê-la para minha vida. Hoje, eu tenho a certeza que é esse caminho que eu quero continuar trilhando. Tenho orgulho de estar prestes a me tornar uma Cirurgiã-Dentista. Muitas vezes somos desestimulados por familiares e amigos, que nos dizem que o dentista não é mais valorizado como antes e que já existem muitos no mercado de trabalho. Mas eu nunca me abalei por isso, porque sempre quis fazer diferença na vida das pessoas e, ao final da minha graduação, com o pouco de experiência que vivi, percebi o quanto podemos mudar a vida de alguém.

Assim, com nossa habilidade manual, conseguimos transformar sorrisos e nos emocionarmos com a felicidade dos pacientes após concluir um tratamento. Com nossas palavras de amor, conseguimos confortá-los e fazer com que seus sorrisos se multipliquem. É com todo esse sentimento de satisfação que eu afirmo que quero continuar a devolver, transformar e multiplicar tantos sorrisos por aí.

3.4 Autoavaliação da aluna Bruna Alves Alexandre

Desde criança, sempre fui acostumada a ir ao dentista. Eu gostava e não tinha medo, pois a todo o momento minha dentista brincava e conversava muito comigo, me ensinando a escovar os dentes e a mantê-los sempre limpos. Adorava ir ao consultório dela, ficava sempre tranquila e obediente durante o atendimento para,

no final, ganhar recompensas, como sugadores coloridos e adesivos. A partir do momento que fui crescendo e entrei no ensino médio, comecei a gostar da ideia de cursar Odontologia e, apesar de não ter histórico familiar na área da saúde, eles sempre me incentivaram e apoiaram em todas as minhas decisões.

Logo que terminei o ensino médio, resolvi fazer a inscrição no vestibular para o curso de Odontologia. Porém, por um descuido perdi a data da inscrição e não consegui realizar a prova, foi um momento muito frustrante para mim. Como eu não queria perder um ano fora de uma faculdade, pesquisei outros cursos e vi que a grade das disciplinas de fisioterapia se relacionava, em partes, com as disciplinas de Odontologia, e ainda estava em tempo de realizar a prova. Então, decidi ingressar no curso de fisioterapia. Quando terminei o primeiro período de fisioterapia, solicitei a transferência para o curso de Odontologia. Logo, consegui a transferência e fiquei muito feliz e realizada por conseguir estudar o que eu sempre almejei.

Na medida que fui estudando as disciplinas e praticando-as nas clínicas, fui entendendo mais sobre a área. Houve diversas oportunidades em que pude presenciar, de fato, o que é a Odontologia e o quanto ela faz o bem para as pessoas. O gosto e o apreço pela profissão aumentam cada dia mais, pois sei o quanto ela exige cuidado e carinho com as pessoas, sempre buscando o melhor para o paciente, até conseguir receber um simples sorriso de satisfação ao final de um tratamento.

Hoje vejo que faço parte desse curso maravilhoso, que me ensinou muito e me fez crescer. As diferentes experiências obtidas nas clínicas, me proporcionaram conhecimento e evolução, além da vontade de sempre ajudar a recuperar a saúde bucal e a autoestima dos pacientes. Diante disso, após minha formação, quero continuar buscando conhecimentos para atingir meus objetivos e agregar valor na minha rotina de trabalho, tornando-me uma excelente profissional.

3.5 Autoavaliação da aluna Rafaela de Resende

Nunca tinha passado pela minha cabeça em fazer o curso de Odontologia. Me formei no ensino médio e acabei tomando outros rumos na vida. Após ter passado

por muitos obstáculos e dificuldades, me encontrei em um curso que nunca foi minha primeira opção, mas que aprendi a amar e admirar desde o primeiro contato.

Jamais irei me esquecer de tudo que passei durante a faculdade, como a primeira aula, a euforia com os trotes, o início de amizades que vou levar para a vida toda, as clínicas, o primeiro paciente e os professores. Enfim, tudo isso ficará marcado como a melhor e mais importante fase da minha vida.

Nestes cinco anos, a Odontologia me ensinou diversas coisas e, dentre elas, a mais importante: a capacidade de ser mais humana, enxergando todos com os mesmos olhos e sabendo lidar com seus problemas e dificuldades. O sorriso de cada paciente me ajudou a chegar até aqui e estará guardado para sempre em minha memória, serei eternamente grata a cada um que contribuiu para esta conquista, pois sozinha eu não conseguiria.

O caso clínico relatado em meu portfólio foi apenas uma pequena amostra de grandes emoções que pude vivenciar, pois através dele eu aprendi diversas coisas que serão essenciais para o meu futuro, tanto profissional como pessoal. Através dele, pude aprender, também, a confiar mais em mim e a superar os meus medos. Um prognóstico que inicialmente não era bom, devido a um erro meu, me levou ao medo do insucesso e fracasso, mas com o tempo o prognóstico foi melhorando e esse medo foi se transformando em aprendizagem, pois sei que fui capaz de corrigi-lo com muito sucesso. E quem não erra, não é mesmo? Aprendi que errar é normal, humano e faz parte de todo processo de evolução, e hoje eu me sinto evoluída.

A partir deste caso, juntamente com a cooperação e colaboração de minha paciente, eu consegui alcançar o sucesso e só tenho a agradecer, pois aprendi a dominar meus medos e acreditar mais em meus conhecimentos e habilidades. Sinto-me realmente pronta, preparada, realizada e ansiosa para exercer essa profissão maravilhosa como uma profissional cirurgiã-dentista.

Olhando para trás, eu consigo perceber o quanto estes cinco anos foram importantes para o meu crescimento e amadurecimento, sendo suficiente para que eu tenha certeza de que fiz a escolha certa. Este foi apenas o primeiro passo de muitos ciclos que virão, pois quero continuar estudando, me especializando e sempre buscando novos conhecimentos para satisfazer ainda mais meus pacientes e, também, continuar me realizando enquanto profissional. Quero poder ajudar as

pessoas, fazer partes de ONGs como voluntária e, assim, fazer e espalhar o bem, usando todos os conhecimentos que a Odontologia me proporcionou.

Bem aventurado seja o profissional que tem, todos os dias, a melhor recompensa que poderia ter: o sorriso de alguém.

4 CONCLUSÃO

Chegamos até aqui, mas não é o fim, é apenas o início de uma nova etapa. A dúvida, talvez seja uma das poucas certezas que temos, o que não nos impedirá de seguir adiante, servindo de combustível para nos impulsionar na busca pelas respostas.

Nestes cinco anos, compreendemos que o paciente vai além de uma mera possibilidade de investigação a respeito do grau de comprometimento dos dentes e da necessidade de restabelecer sua função. Por trás desses elementos, observamos um ser humano com inquietações, dúvidas, alegrias e tristezas. Diante disso, percebemos que ser dentista também vai além de restabelecer sorrisos, precisamos usar a boca, principal ferramenta da nossa área de atuação, para promover palavras de conforto e incentivo, pois muitas vezes este é o motivo real da consulta.

Foram muitas experiências vividas, algumas brandas, outras mais intensas, mas certamente todas enriqueceram nosso conhecimento e proporcionaram o amadurecimento pessoal. Todos estes momentos relatados, serão essenciais para o nosso crescimento futuro como cirurgiãs-dentistas.

REFERÊNCIAS

- AGRAWAL, M.; AGRAWAL, V. Platelet rich fibrin and its applications in dentistry-A review article. **National Journal of Medical and Dental Research**, v. 2, n. 3, p. 51-58, abr./jun. 2014.
- ALBUQUERQUE, C. M. et al. Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria. **Arquivos em Odontologia**, v. 46, n. 2, abr./jun. 2010.
- ALMEIDA, R. R. de. **Ortodontia Preventiva e Interceptora**: mito ou realidade? Maringá: Dental Press, 2013.
- ANDRADE, E. D. de. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.
- ANUSAVICE, K. J.; SHEN, C.; RAWLS, H. R. **Philips Materiais Dentários**. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- ARAÚJO, J. F. de. et al. Remoção parcial do tecido cariado em dentes permanentes: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 74, n. 1, p. 31-35, jan./mar. 2017.
- ASSED, S. **Odontopediatria**: Bases Científicas para a Prática Clínica. 1 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2005.
- AUGUSTO, F. **Pensador**. 2019. Disponível em: <<https://www.pensador.com/frase/OTM3NDkw/>>. Acesso em: 07 de maio de 2019.
- BARATIERI, L. N.; MONTEIRO JR, S. **Odontologia restauradora**: fundamentos e técnicas. São Paulo: Santos, 2012.
- BONECKER, M.; GUEDES-PINTO, A. C.; RODRIGUES, C. R. M. D. **Odontopediatria**: 1ª ed. São Paulo: Santos, 2009.
- CAMARGO, S. E. A. et al. Principais Características Clínicas e Radiográficas das Reabsorções Radiculares Internas e Externas. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 20, n. 2, p. 195-203, mai./ago. 2008.
- CARLSSON, G. E.; OMAR, R. The future of complete dentures in oral rehabilitation. A critical review. **Journal of oral rehabilitation**, v. 37, n. 2, p. 143-56, fev. 2010.
- CHAIN, M. C. **Materiais Dentários**. 1 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

COHEN, S.; HARGREAVES, K. M. **Endodontia em Odontopediatria**: Tratamento Endodôntico dos Dentes Decíduos e Permanentes Jovens. 9 ed. Rio de Janeiro, 2007.

CORRÊA, G. de A. Prótese total imediata. In: CORRÊA, G. de A. **Prótese total**: Passo a passo. São Paulo: Santos, 2005, p. 161-171.

COSTA, S. C. et al. **Descomplicando a prótese total**: perguntas e respostas. Nova Odessa, São Paulo: Napoleão, 2012.

DELFINO, C. S et al. Uso de novos materiais para o capeamento pulpar (hidroxiapatita - HAp e fosfato tricálcico - β -TCP). **Cerâmica**, v. 56, p.381-388, 2010.

FERREIRA, K. de O. **Hidrocoloide irreversível de vazamento tardio**: influência da desinfecção sobre alterações dimensionais no modelo de gesso. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2016.

GOIATO, M. C. et al. Técnicas de confecção de prótese total imediata mucossuportada. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 35, n. 1, p. 67-72, jan./jun. 2014.

GONÇALVES, M. C.; MALIZIA, C.; ROCHA, L. E. M. D. da. Lesões endodôntico-periodontais: do diagnóstico ao tratamento. **Braz J Periodontol**, v. 27, n. 1, p. 40-45, 2017.

GREGORI, C.; CAMPOS, A. C. Cirurgias pré-protéticas. In: CAVALCANTI, J. R. de C. **Cirurgia buco-dento-alveolar**. 2 ed. São Paulo: Sarvier, 2005, p. 175-190.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 9 ed. São Paulo: Santos, 2016.

HESPANHOL, T. W. et al. Prótese total imediata bimaxilar: caso clínico. **Clínica e Pesquisa em Odontologia-UNITAU**, v. 9, n. 1, p. 30-36, 2018.

HUPP, J. R.; ELLIS, E.; TUCKER, M. R. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

KLATCHOIAN, D. A. **Psicologia Odontopediatria**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2002.

LOPES, H. P.; SIQUEIRA JR, J. F. **Endodontia**: biologia e técnica. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

MAKHOUL, T. **Isolamento Absoluto**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2002.

MARÃO, H. F. Análise do MTA e do Ca(OH)₂ no interior dos tecidos após o processo de reabsorção radicular externa em reimplante dentário tardio. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 12, n. 3, p. 96-106, 2010.

MELO, M. de. et al. Análise comparativa da condição de dentes pilares de próteses parciais removíveis intercaladas e de extremidades livres. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 21, n. 61, 2013.

MOURA, I. R. de.; RABELLO, T. B.; PEREIRA, K. F. A influência do eugenol nos procedimentos adesivos. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 70, n. 1, p. 28-32, jan./jun. 2013.

MUNHOZ, E. G. A.; ABREU, C. W. de. Os fatores que influenciam na satisfação do paciente submetido a tratamento de prótese total convencional. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 4, p. 413-419, out./dez. 2011.

NEWMAN, M. G. et al. **Carranza Periodontia clínica**. 10 ed. Saunders Elsevier, 2011.

NUNES, V. H.; PEROSA, G. B. Cárie dentária em crianças de 5 anos: fatores sociodemográficos, locus de controle e atitudes parentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 191-200, 2017.

OPPERMANN, R. V.; RÖSING, C. K. **Periodontia Laboratorial e Clínica**. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

PEREIRA, J. C. et al. **Dentística: uma abordagem multidisciplinar**. 1 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

PINTO, K. T. et al. Influência de cimentos contendo eugenol em restaurações adesivas: uma revisão de literatura. **Revista Ciência e Saúde**, São Luís, v. 13, n. 2, p. 101-107, jul./dez. 2011.

PURICELLI, E. **Técnica Anestésica, Exodontia e Cirurgia Dentoalveolar**. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

SHIRANE, P. M. N. **Prótese total imediata: Revisão de literatura**. 2013. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

SOARES, A. dos S. et al. Prótese total imediata: relato de caso. **Prosthesis Laboratory in Science**, v. 4, n. 15, p. 226-231, abr./jun. 2015.

TAMAKI, T. **Dentaduras Completas**. 4 ed. São Paulo: Sarvier, 1983.

TELLES, D. Próteses totais imediatas. In: TELLES, D. **Prótese Total**: Convencional e sobre implantes. São Paulo: Santos, 2011, p. 315-359.

TOLEDO, O. A. de. **Odontopediatria**: Fundamentos para prática clínica. 4 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2012.

TURANO, J. C.; TURANO, L. M.; TURANO, M. V. **Fundamentos de Prótese Total**. 9 ed. São Paulo: Santos, 2010.

VOLPATO, C. A. M. et al. **Próteses Odontológicas**: Uma visão contemporânea - Fundamentos e Procedimentos. 1 ed. São Paulo: Santos, 2011.