



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**BRUNA RESENDE CAMPOS
ISABELLA LARA DE ABREU
LETÍCIA MACIEL GARCIA
PETSIRE D’LUA NASCIMENTO
THAIS HELENA TAVARES**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

LAVRAS-MG

2020



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

BRUNA RESENDE CAMPOS
ISABELLA LARA DE ABREU
LETÍCIA MACIEL GARCIA
PETSIRE D’LUA NASCIMENTO
THAIS HELENA TAVARES

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

2020

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

P849 Portfólio Acadêmico: / Bruna Resende Campos... [et al.]. –
Lavras: Unilavras, 2020
104f.: il.

Portfólio Acadêmico (Graduação em Odontologia) –
Unilavras, Lavras, 2020.
Orientador: Profa. Renata De Caravlhó Foureaux.

1. Odontopediatria e odontogeriatria. 2. Prótese
parcial removível. 3. prótese total. 4. Ortodontia x extração. I.
Abreu, Isabella Lara de. II. Farcia, Leticia Maciel. III.
Nascimento, Petsire D' Lua. IV. Tavares, Tháís Helena. V.
Foureaux, Renata De Carvalho (Orient.). VI. Título

**BRUNA RESENDE CAMPOS
ISABELLA LARA DE ABREU
LETÍCIA MACIEL GARCIA
PETSIRE D' LUA NASCIMENTO
THAIS HELENA TAVARES**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

APROVADO em: 23/10/2020



ORIENTADORA

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



MEMBRO DA BANCA

Prof. Douglas Campideli Fonseca/Centro Universitário de Lavras

LAVRAS-MG

2020

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradecemos a Deus, pois apesar de estarmos vivendo momentos difíceis, Ele nos “convidou” a não perder a fé e a esperança diante desta pandemia, e nos permitiu valorizar a vida, o próximo, e principalmente a nossa profissão, nos permitindo ter saúde e determinação para não desanimar e enfrentar muitos obstáculos.

Aos nossos familiares e amigos por todo o apoio, pela ajuda e pelo incentivo nos momentos difíceis, compreendendo a nossa ausência enquanto nós nos dedicávamos à realização deste trabalho.

Deixamos um agradecimento especial à nossa orientadora Renata de Carvalho Foureaux pela extrema dedicação e incentivo ao nosso portfólio.

Aos professores Ricardo Augusto Barbosa, Isis Maria Patto Carvalho, Luciana Fonseca Pádua Gonçalves Tourino, José Norberto de Oliveira Júnior, Bruno Henrique Figueiredo Matos, Márcia de Fátima Soares, Luís Fernando Ferreira de Oliveira e Selém Vilela de Oliveira, por terem exercido suas funções com muita dedicação, compreensão e amizade, nos proporcionando apresentar melhores desempenhos através de suas correções e ensinamentos.

Agradecemos a todos do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), seu corpo docente, direção e administração que nos proporcionaram um ambiente de estudo agradável, motivador e repleto de oportunidades.

A vocês, nossos pacientes, que confiaram sem receio nos nossos cuidados e se tornaram fonte de nosso conhecimento e aperfeiçoamento prático. A vocês, todo o nosso respeito e carinho, por nos tornarem mais humanos, humildes e profissionais.

E, finalmente, a essa equipe que permitiu a realização deste trabalho, pelo espírito de união e sacrifício. Com certeza através desses momentos e na evolução deste trabalho, encontramos valores que os livros não nos ensinaram.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. VIVÊNCIAS	15
2.1 Apresentação do caso clínico de Odontopediatria: Bruna Resende Campos	15
2.1.1 Apresentação do local de estágio	16
2.1.2 Desenvolvimento do Caso Clínico	16
2.2 Apresentação do caso clínico de Prótese: Isabella Lara de Abreu	45
2.2.1 Apresentação do local de estágio	45
2.2.2 Desenvolvimento do Caso Clínico	46
2.3 Apresentação do caso clínico de Prótese: Leticia Maciel Garcia	57
2.3.1 Apresentação do local de estágio	58
2.3.2 Desenvolvimento do Caso Clínico	58
2.4 Apresentação do caso clínico de Odontogeriatrics: Petsire D’Lua Nascimento	71
2.4.1 Apresentação do local de estágio	72
2.4.2 Desenvolvimento do Caso Clínico	73
2.5 Apresentação do caso clínico de Cirurgia: Thais Helena Tavares	80
2.5.1 Apresentação do local do estágio	80
2.5.2 Desenvolvimento do Caso Clínico	81
3. AUTOAVALIAÇÃO	91
3.1 Autoavaliação da aluna Bruna Resende Campos	91
3.2 Autoavaliação da aluna Isabella Lara de Abreu	92
3.3 Autoavaliação da aluna Leticia Maciel Garcia	93
3.4 Autoavaliação da aluna Petsire D’Lua Nascimento	93
3.5 Autoavaliação da aluna Thais Helena Tavares	94
4. CONCLUSÃO	95
5. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:	96

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Abscesso dentoalveolar no elemento 64 por vista oclusal.....	17
Figura 2 - Abscesso dentoalveolar no elemento 64 por vista vestibular.	17
Figura 3 - Exame radiográfico do elemento 64.	18
Figura 4 - Situação inicial do paciente por vista oclusal da arcada superior.....	25
Figura 5 - Situação inicial do paciente por vista oclusal da arcada inferior.....	25
Figura 6 - Exame radiográfico dos elementos 64, 65.	26
Figura 7 - Exame radiográfico do elemento 74 e 75.	26
Figura 8 - Exame radiográfico dos dentes anteriores superiores.	27
Figura 9 - Exame radiográfico do elemento 84 e 85.	27
Figura 10 - Evidenciação da placa bacteriana com Fucsina básica nas faces vestibulares de dentes anteriores.	34
Figura 11 - Evidenciação da placa bacteriana com Fucsina básica por vista oclusal da arcada inferior.	34
Figura 12 - Ficha dietética.	35
Figura 13 - Isolamento absoluto.	38
Figura 14 - Isolamento absoluto e inserção de resina composta no elemento 64.....	39
Figura 15 - Abscesso dentoalveolar por vista vestibular.	40
Figura 16 - Abscesso dentoalveolar por vista oclusal.	41
Figura 17 - Cimentação da banda ortodôntica e instalação do mantenedor de espaço.....	43
Figura 18 - Despedida.....	44
Figura 19 - Situação periodontal inicial.....	47
Figura 20 - Foto inicial da paciente.	48
Figura 21 - Radiografia panorâmica.	49
Figura 22 - Periograma simplificado.	50
Figura 23 - Radiografias periapicais.....	51
Figura 24 - Foto inicial, com esplintagem dos elementos 11 e 21, 42 e 43 para moldagem. ...	52
Figura 25 - Foto após exodontias dos elementos 21, 22 e 23.....	53
Figura 26 - Prótese parcial removível provisória instalada logo após exodontia dos elementos condenados.	54
Figura 27 - Exodontia dos elementos 43 e 47.....	54
Figura 28 - Prótese parcial removível inferior provisória instalada após exodontias.....	55

Figura 29 - Foto final, paciente com as próteses parciais removíveis superior e inferior instaladas, sorrindo.	56
Figura 30 - Moldagem com alginato da arcada superior.	56
Figura 31 - Moldagem com alginato da arcada inferior.	57
Figura 32 - Raízes radiculares superiores.	59
Figura 33 - Raízes radiculares inferiores.	60
Figura 34 - Radiografia panorâmica.	61
Figura 35 - Raízes radiculares inferiores logo após o ato cirúrgico.	62
Figura 36 - Raízes radiculares superiores logo após o ato cirúrgico.	62
Figura 37 - Moldeira de desdentado superior.	63
Figura 38 - Moldeira de desdentado inferior.	64
Figura 39 - Moldeira individual superior.	65
Figura 40 - Moldeira individual inferior.	65
Figura 41 - Chapa de prova.	66
Figura 42 - Prova dos dentes artificiais.	68
Figura 43 - Prova dos dentes artificiais na boca do paciente.	68
Figura 44 - Prótese total superior finalizada.	69
Figura 45 - Prótese total inferior finalizada.	69
Figura 46 - Prótese total superior e inferior finalizadas.	70
Figura 47 - Reembasamento final.	70
Figura 48 - Fachada da casa de repouso Lar Augusto Silva.	72
Figura 49 - Dependências internas do Lar Augusto Silva.	73
Figura 50 - Grupo de estágio supervisionado e professora Márcia de Fátima Soares.	74
Figura 51 - Registro feito durante estágio nas férias escolares de 2017.	78
Figura 52 - Registro feito durante estágio nas férias escolares de 2017.	78
Figura 53 - Registro feito durante estágio nas férias escolares de 2017.	79
Figura 54 - Registro feito durante estágio nas férias escolares de 2017.	79
Figura 55 - Foto de perfil.	81
Figura 56 - Foto de frente.	82
Figura 57 - Oclusão lado esquerdo.	82
Figura 58 - Oclusão lado direito.	83
Figura 59 - Fotografia oclusão frontal.	84
Figura 60 - Rebordo do arco superior.	85
Figura 61 - Rebordo do arco inferior.	85

Figura 62 - Exame radiográfico - Panorâmica, para avaliação dos terceiros molares e do elemento 47.	86
Figuzra 63 - Imagem após quinze dias do procedimento realizado.....	89

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Diagnóstico e Plano de Tratamento por dente.	29
Tabela 2 - Sequência do plano de tratamento integral.....	31

LISTA DE SIGLAS

ATM	Articulação temporomandibular
IRM	Material restaurador intermediário
LCACC	Lesão cariosa ativa com cavitação
LCASC	Lesão cariosa ativa sem cavitação
CL	Classe
MV	Mésio vestibular
MP	Mésio palatino
DP	Disto palatino
NPH	Protamina neutra de Hagedorn

1. INTRODUÇÃO

A Odontologia é a área da saúde que estuda e trata todo o sistema estomatognático. O cirurgião dentista é apto a exercer várias funções, desde devolver a autoestima dos pacientes, até descobrir patologias graves. É uma profissão muito ampla, que possibilita ao profissional ser mais humano e desenvolver compaixão para com o próximo.

Esse portfólio acadêmico tem como objetivo apresentar casos clínicos e momentos vividos pelas alunas durante a graduação, realizado com intuito de mostrar um pouco aos leitores sobre vivências em diversas áreas da Odontologia.

A aluna Bruna Resende Campos irá relatar o caso clínico executado na Clínica Infantil, em que o paciente de 4 anos de idade, queixava-se de dor. O atendimento de urgência foi realizado e constatou-se que o paciente necessitaria de um tratamento integral. O paciente apresentava episódios de rejeição durante os procedimentos e a colaboração da mãe era crucial, tornando o caso difícil, onde não cabia apenas ao profissional.

A aluna Isabella Lara de Abreu abordará um caso encaminhado às atividades de Clínica Integrada III, que se tratava de uma paciente com necessidades multidisciplinares, depressiva, hipertensa e com o hábito do tabagismo severo. Foi ali que notou a oportunidade de desenvolver seu lado humano e o profissional. A paciente foi atendida de acordo com as especialidades necessárias e por fim reabilitada com uma prótese parcial removível imediata. Além da saúde bucal recuperou também sua saúde mental, confiança e autoestima.

A acadêmica Letícia Maciel Garcia optou por descrever um caso clínico na área de prótese total, pois foi um caso muito interessante que a deixou muito feliz por poder reabilitar e devolver o sorriso para o paciente. Será relatado nesse portfólio o caso de um paciente fumante, diabético e hipertenso que foi submetido a exodontia dos restos radiculares para posterior reabilitação com prótese total inferior e superior. O caso foi realizado na disciplina de Clínica Integrada IV, orientado pelos professores Bruno Henrique Matos e Renata Foureaux.

A aluna Petsire D’Lua Nascimento irá expor um caso de vivência, na qual teve seu início através de estágios obrigatórios em uma casa de repouso para idosos de Lavras, percorrendo sobre indivíduos que ali moravam e eram cuidados, além do impacto de tal zelo para com idoso daquele contexto.

A acadêmica Thais Helena Tavares descreverá um caso clínico da área de ortodontia, desenvolvido nas atividades vocacionais de cirurgia. Trata-se de um paciente que por motivos atípicos dispensou a necessidade de realizar o tratamento ortodôntico apenas com cirurgia.

Este portfólio descreve a experiência de cada graduanda aqui apresentada, relatando suas dificuldades e aprendizados marcantes. A Odontologia representa hoje, a melhor escolha profissional que fizeram.

2. VIVÊNCIAS

2.1 Apresentação do caso clínico de Odontopediatria: Bruna Resende Campos

Desde pequena minha admiração por dentistas é grande. Me encantava todas as vezes em que eu ia a um consultório e apreciava tudo o que era relacionado à profissão, desde as vestimentas, a organização, a seriedade, o profissionalismo e até mesmo o comportamento daqueles profissionais.

Tenho sete referências na área da Odontologia em minha família, todos eles, foram ou são excelentes profissionais. Com isso, o meu interesse em cursar Odontologia cresce cada vez mais. Tive todo o apoio da minha família, inclusive dos profissionais da área e isso me motivou ainda mais a querer ser uma Cirurgiã-Dentista.

Quando iniciei o Ensino Médio em 2013, tive a certeza do caminho profissional que iria trilhar. Durante uma feira de profissões fui apresentada à Odontologia, o que me fascinou, reforçando a intenção que eu já tinha.

Prestei dois vestibulares para o mesmo curso em locais diferentes, porém o UNILAVRAS se destacou devido a indicações de alguns primos e pela seriedade e competência do corpo docente, estando inclusive entre uma das melhores faculdades de Minas Gerais. Em 2016, ingressei no curso e a partir daí pude perceber o potencial dos professores e a estrutura clínica que a faculdade poderia me oferecer.

Logo no início da faculdade, já fazíamos estágio supervisionado em asilos, o que me encantou e me fez sentir uma pessoa melhor, uma vez que tive a oportunidade de ajudar os mais necessitados com pequenos gestos como dar atenção e ensinar as pessoas a terem uma boa escovação. Já no terceiro período da graduação, decidi fazer estágio não obrigatório no consultório do meu primo, o que me fez enxergar com outros olhos o dia a dia clínico do profissional e assistir as práticas realizadas. Dentro do vasto campo de estudos e trabalhos no âmbito da Odontologia, pude ter o privilégio de estagiar e conhecer as áreas da Endodontia e Ortodontia, no entanto, me identifiquei muito com a Cirurgia, Prótese e Dentística. Percebi, então, a importância de usar meus períodos de férias para estagiar nas clínicas que me acolheram.

Desde o início da faculdade, me fascinei em todas as matérias básicas como Embriologia, Histologia, Microbiologia, Psicologia, Anatomia e Patologia. Estas expandiram minha visão sobre a Odontologia, passei a ver o curso de maneira ampla, até mesmo como

saúde integral, visto que a Odontologia trata o corpo também como um todo. O caso clínico relatado a seguir foi um grande desafio para mim, onde pude evoluir como pessoa e como profissional.

2.1.1 Apresentação do local de estágio

O caso clínico foi realizado na Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), na disciplina de Clínica Infantil durante o 7º e 8º períodos, sendo realizado por mim, Bruna Resende Campos, com a supervisão de todos os professores de Odontopediatria.

2.1.2 Desenvolvimento do Caso Clínico

Em Odontopediatria, os atendimentos de urgência são bastante comuns em decorrência da fase de desenvolvimento motor, pois as brincadeiras da própria infância e os esportes praticados aumentam o risco de traumas com envolvimento dentário. A queixa principal da maioria das crianças é a dor, que geralmente é causada pelo comprometimento pulpar causado pela cárie ou por traumatismos alvéolo- dentários (AMORIM et al., 2007; ALBUQUERQUE et al., 2016).

O presente caso é de um paciente do sexo masculino, de quatro anos de idade, que compareceu à Clínica Odontológica do Unilavras na disciplina de Clínica Infantil à procura de tratamento dentário de urgência. A queixa principal, relatada pela mãe, foi a presença de uma “bolinha” que causava dor e incômodo.

Juntamente a este relato, a mãe informou que o filho não possuía bons hábitos de higiene bucal, já que era realizada no máximo duas vezes por dia pela mãe e não era utilizado o fio dental. Durante a anamnese de urgência, foi constatado que o paciente possuía bom histórico de saúde geral, não possuía alergias e não fazia uso de medicamentos, sua dieta era cariogênica e que o paciente não tinha o hábito de frequentar consultas odontológicas.

Logo após, foi realizado o exame extraoral para avaliação dos gânglios linfáticos, ATM (Articulação Temporomandibular), pescoço, cabeça, assimetrias faciais, olhos, e foi constatado que não havia alteração.

Durante o exame clínico, visualizou-se a presença de uma fístula na região de mucosa gengival do elemento 64 e cáries em fases avançadas na maioria dos dentes. A região estava edemaciada, sensível ao toque e havia a presença de coleção purulenta, como é possível observar na figura 1 e 2.

Figura 1 - Abscesso dentoalveolar no elemento 64 por vista oclusal.



Fonte: elaborado pela autora (2019)

Figura 2 - Abscesso dentoalveolar no elemento 64 por vista vestibular.



Fonte: elaborado pela autora (2019)

Assim como aponta Guedes-Pinto (2016), caso a criança que necessita de tratamento emergencial apresente muitas lesões cariosas, o recomendado é dar prioridade à queixa principal, aguardando as próximas consultas para a definição do plano de tratamento mais indicado.

A radiografia periapical é um exame complementar do exame clínico necessário para o planejamento e é utilizado em fase inicial, fase de controle e avaliação final. O exame permite ao Cirurgião-Dentista estabelecer o diagnóstico clínico e hipóteses diagnósticas (SILVA et al., 2017).

Radiograficamente, o elemento se encontrava bastante cariado, possivelmente afetando a polpa dental (Figura 3). Recoberta pela dentina, a polpa dental é um tecido mole composto por troncos nervosos e vasos sanguíneos, sendo responsável pela vitalidade dos dentes. Em virtude da profundidade da cárie, houve uma inflamação em resposta à agressão e durante esse processo, a hiperemia e o exsudato podem ter conduzido a uma destruição da polpa. Histologicamente, a hiperemia se dá em resposta a esse tipo de lesão cariosa profunda, onde os vasos sanguíneos pulpares tornam-se dilatados (GUEDES-PINTO, 2016).

Figura 3 - Exame radiográfico do elemento 64.



Fonte: Elaborado pela autora (2019)

A cárie, uma vez não tratada, poderá perder as proteções naturais do dente (esmalte e dentina), criando um potencial para a invasão microbiana do tecido pulpar com consequente

instalação de um processo infeccioso. Ou seja, permitirá que os microrganismos alcancem inevitavelmente o tecido pulpar, estabelecendo assim um contato direto e induzindo o desenvolvimento de uma inflamação mais severa, com presença ou ausência de sintomatologia. Vale frisar que, a dor é um dos sinais cardeais da inflamação (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015).

O processo de inflamação, necrose e infecção da polpa avança para a parte apical do canal, até que suceda a infecção e a necrose de grande parte ou da totalidade da polpa coronária e radicular. A intensidade da agressão bacteriana depende do número de bactérias patogênicas e de sua virulência (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015).

Uma leve alteração inflamatória da polpa frequentemente é considerada reversível quando é removida a cárie ou se a cárie se tornar inativa, ocorrendo o reparo tecidual para que a polpa retorne ao estado de normalidade. Se os irritantes persistirem ou aumentarem, a inflamação se torna irreversível, ou seja, o seu quadro clínico não pode ser revertido, sendo que a remoção da causa não é suficiente para proporcionar um resultado previsível, o que requer intervenção mais invasiva no tecido para a remoção da parte afetada (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015).

O elemento em questão evoluiu para uma necrose pulpar (fase irreversível) pela falta de tratamento prévio de remoção da cárie dentária. Após a necrose do tecido pulpar, o processo infeccioso se estendeu pelos tecidos de sustentação dos dentes (RODRIGUES et al., 2020).

O diagnóstico dado ao elemento, portanto, foi de abscesso dentoalveolar agudo. O abscesso dentoalveolar agudo consiste em uma coleção purulenta localizada no osso alveolar, produzido pelos neutrófilos que são atraídos para o local. Examina-se uma reação intensa, localizada e adjacente ao forame apical. Apresenta edema e dor moderada a intensa, que pode se tornar aumentada diante da palpação e da percussão. Em alguns casos, radiograficamente observa-se um espessamento apical do espaço do ligamento ou área de reabsorção óssea no periápice (Protocolos da SES/DF, 2017; RODRIGUES; CANGUSSU; FIGUEIREDO, 2015; LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015).

É fundamental que o Cirurgião-Dentista esteja preparado para atender esse tipo de urgência odontológica e conhecer seus aspectos clínicos, sendo esta uma inflamação aguda muito frequente. A inflamação pode se propagar para tecidos moles e disseminar para os espaços sublingual, submandibulares e submentoniano e se não for tratada, o quadro poderá se agravar (BEZERRA et al., 2015).

Segundo Albuquerque et al. (2016, p. 116): “a dor pode interferir em aspectos importantes do desenvolvimento da criança, como na alimentação e nas atividades de aprendizado e lazer.”

Importante ressaltar que o uso de antibióticos como coadjuvantes ao tratamento de infecções é uma boa opção. Eles ajudam a impedir a propagação e o desenvolvimento da infecção, e de acordo com Rodrigues, Cangussu e Figueiredo (2015, p.8):

O tratamento dos abscessos depende da fase em que se encontram, sendo realizado através da remoção da causa da lesão. Em casos em que a infecção se encontra evoluída, apresentando manifestações sistêmicas, é necessário o uso de antibióticos coadjuvante à intervenção clínica. O diagnóstico e o tratamento precoce de infecções são importantes para evitar complicações severas.

E como dito anteriormente, em casos avançados de abscessos é recomendado a antibioticoterapia. A amoxicilina, é considerada o antibiótico de primeira escolha por possuir efeito bactericida, por ser melhor absorvida no trato gastrointestinal e por proporcionar níveis séricos mais elevados e duradouros, apresentando menos efeitos adversos e sendo eficaz contra a infecção dental (SANTOS et al., 2015).

Foi prescrito ao paciente, de acordo com as orientações de Guedes-Pinto (2016), 4,5 ml a cada oito horas, durante sete dias. No retorno, foi orientado à mãe que fosse feita a profilaxia antibiótica, sendo 50 mg/kg 1 hora antes do procedimento. Esta profilaxia visa reduzir o risco de infecção.

O prognóstico varia de acordo com o enquadramento do caso, como por exemplo, a possibilidade de realizar tratamentos conservadores. A conduta clínica fundamentou-se no tratamento conservador, visto que o elemento possuía boa estrutura dentária para ser realizado o isolamento absoluto e posterior restauração, e que de acordo com Teixeira et al. (2005), baseado na ordem cronológica dos dentes, a erupção do seu sucessor permanente só ocorreria com aproximadamente 10 anos de idade. A exodontia do elemento, portanto, não foi indicada.

O tratamento endodôntico foi o tratamento recomendado e iniciou-se uma semana após a recomendação antibiótica, visto que, havia ausência de sintomatologia e redução significativa da fístula. Foi possível perceber que o paciente se encontrava ansioso e apreensivo ao receber o tratamento, já que este nunca havia tido contato com procedimentos odontológicos.

O primeiro contato com o paciente requer esforço e dedicação do profissional, para que a criança ganhe confiança, minimize o medo e a ansiedade e conseqüentemente,

possibilite um bom trabalho. Em situações de dificuldade, pode ser empregada técnicas de manejo para uma melhor adaptação da criança com o tratamento (SANTOS et al., 2015).

Controlando-se a dor, a chance de ter sucesso no tratamento é maior. Isso é possível exclusivamente a partir de uma técnica anestésica executada corretamente e uma boa escolha do anestésico (PARISE; FERRANTI; PIETROSKI, 2017; RABÊLO et al., 2019).

A técnica anestésica utilizada foi a infiltrativa e o anestésico de escolha foi a Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000, visto que é o anestésico que oferece maior margem de segurança e não há contraindicação neste caso, confirmado através da anamnese (RABÊLO et al., 2019).

A anestesia local, além do controle da dor, mantém o paciente consciente e com capacidade de cooperação. É de extrema importância que a anestesia local seja realizada cuidadosamente, atentando-se aos conhecimentos práticos e teóricos. Para a diminuição de ansiedade e dor, a anestesia tópica foi utilizada como um recurso (LÓPEZ; GARCÍA; GOMEZ, 2015).

Assim como a maioria das crianças, o paciente apresentou medo e chorou ao ser anestesiado, esquivando-se da agulha. Diante dessa situação, a criança impede uma performance adequada do profissional, por meio de movimentos bruscos com o intuito de fuga e autoproteção. Foi preciso então, da cooperação de sua mãe, que realizou a contenção física e distraiu seu filho com diálogos (SHITSUKA et al., 2015).

A contenção física se trata de uma técnica de manejo que restringe os movimentos do paciente na intenção de viabilizar o tratamento odontológico. A utilização desse manejo comportamental deverá ser feita juntamente com o consentimento do responsável da criança, para que não seja visto como uma forma de agressão ou punição (SILVA et al., 2016).

O plano de tratamento aplicado ao dente foi a pulpectomia, que se caracteriza pela remoção total da polpa dentária. Segundo Duarte Júnior et al. (2017), o procedimento objetiva a manutenção, a integridade e a saúde dos dentes e dos tecidos de suporte. Além disso, promove a limpeza, o alargamento, a desinfecção e a obturação dos condutos radiculares.

A partir da radiografia de estudo (inicial), foi estabelecida a odontometria dos canais (MV- 12mm, MP-12mm, DP- 7mm). Para obtenção de uma margem de segurança, é recomendado recuar 2 mm do ápice radicular, se atentando ao germe do permanente e certificando-se de que a radiografia não esteja encurtada ou alongada (GUEDES- PINTO, 2016).

Na primeira sessão do tratamento endodôntico, foram realizados os seguintes procedimentos:

- 1) Anestesia na técnica infiltrativa e complementar, com solução de Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000;
- 2) Isolamento absoluto: lençol de borracha, grampo 14 e vedamento na região cervical com protetor gengival fotopolimerizável (Top Dam), objetivando o vedamento salivar;
- 3) Remoção do tecido cariado;
- 4) Abertura da câmara pulpar coronária;
- 5) Limpeza da cavidade com bolinha de algodão estéril embebida em solução de Clorexidina 0,12%;
- 6) Medicação intracanal com bolinha de algodão estéril embebida no Tricresol Formalina (curativo de demora);
- 7) Selamento com IRM (Material Restaurador Intermediário).

O protetor gengival fotopolimerizável (Top Dam) veda pequenas falhas cervicais existentes no isolamento, bloqueando a infiltração de fluidos (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015).

A utilização do Tricresol Formalina tem por objetivo propiciar a desinfecção dos condutos através da ação bactericida, contribuindo para a reparação de lesões periapicais (GARCIA et al., 2014; GUEDES- PINTO, 2016).

É imperioso salientar que a medicação intracanal não promove a esterilização do canal, assim como os outros procedimentos. Embora este seja o objetivo a ser alcançado, o viável a ser atingido, clinicamente, é a máxima redução das bactérias. A medicação intracanal funcionará como um curativo de demora e será removida após 7 dias (SOUZA; HOLLAND, 1992; LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015).

O acesso coronário feito anteriormente e a medicação intracanal possibilitaram uma descompressão do elemento dental e conseqüentemente aliviaram a dor do paciente. Uma semana após a medicação intracanal, foram realizadas a instrumentação e a obturação baseados na odontometria obtida, visando a desinfecção e redução de bactérias em níveis compatíveis com a cura perirradicular. A instrumentação é feita para a ampliação, limpeza e modelagem dos canais radiculares, e caso os canais não forem obturados, o espaço vazio será vulnerável e propício à recolonização bacteriana (BEZERRA et al., 2015; LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015). Prezando pelo melhor prognóstico, na segunda consulta foram realizados os seguintes passos:

- 1) Anestesia na técnica infiltrativa e complementar, com solução de Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000;
- 2) Isolamento absoluto: lençol de borracha, grampo 14 e vedamento na região cervical com protetor gengival fotopolimerizável (Top Dam), objetivando o vedamento salivar;
- 3) Remoção do IRM (Material Restaurador Intermediário);
- 4) Irrigação, aspiração e inundação com solução de Milton;
- 5) Instrumentação com Lima tipo Kerr #15;
- 6) Irrigação, aspiração e inundação com solução de Milton;
- 7) Instrumentação utilizando Lima tipo Kerr #20, continuação da instrumentação com a Lima tipo Kerr #25;
- 8) Irrigação, aspiração e inundação com solução de Milton;
- 9) Pré secagem dos condutos com capilar tips;
- 10) Secagem dos condutos com cones de papel;
- 11) Obturação com pasta de Óxido de Zinco Eugenol e Iodofórmio;
- 12) Selamento com IRM (Material Restaurador Intermediário).

O uso do IRM (Material Restaurador Intermediário) é indicado em casos de restaurações provisórias, tendo como finalidade evitar infiltrações salivares. Possui fácil manipulação e aplicação, sedando bem os condutos radiculares. Sua composição é à base de óxido de zinco e eugenol e possui boa ação bactericida. Além disso, também apresenta radiopacidade, uma propriedade importante para a restauração, seja ela definitiva ou provisória (BONECKER; GUEDES-PINTO; RODRIGUES, 2009; PEDROZA et al., 2018).

Ao finalizar o tratamento endodôntico, tentou-se obter a radiografia final, no entanto, o paciente se encontrava exausto e não aceitou o que foi proposto. A radiografia final nos dá informações importantes como a sobreinstrumentação, perfurações, obturação satisfatória ou insatisfatória e/ou extravasamento de materiais (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015).

Em sua próxima consulta, com muita conversa, cooperação da mãe e o auxílio da minha dupla, obtivemos a radiografia final. Confirmou-se o sucesso a partir da visualização da correta obturação dos condutos, que segundo Alvares apud Miranda, Danta e Mattar (2017, p. 53):

O propósito da obturação é selar toda a extensão da cavidade endodôntica, desde a sua abertura coronária até o seu término apical, ou seja, o material obturador deve preencher todo o espaço ocupado anteriormente pela polpa, proporcionando um selamento tridimensional.

O próximo passo, portanto, é a restauração definitiva e a preservação do elemento.

Ao decorrer dos diálogos com o paciente, percebeu-se que ele apresentava uma dificuldade em se comunicar, pois apesar de sua idade, ele ainda falava como uma criança mais nova e não conseguia falar palavras que envolviam as letras R, V, M e L. O posicionamento do freio labial foi analisado novamente como comprovação e não foi constatado nenhuma alteração, visto que a anquiloglossia pode restringir os movimentos da língua (POMPÉIA et al., 2017).

Guedes- Pinto (2016, p. 673) afirma que “como se trata de assunto de alta especialidade, julga-se que os pacientes portadores de problemas de fonação devam ser encaminhados ao atendimento fonoaudiológico.” A mãe foi orientada por mim e pela professora Luciana Fonseca Pádua Gonçalves Tourino a procurar um fonoaudiólogo para reduzir ou eliminar a dificuldade que ele possuía na fala. Apesar da necessidade do tratamento, infelizmente a mãe não buscou ajuda profissional.

Em consultas de urgência, o recomendado é fazer apenas a ficha emergencial que contém os dados necessários do paciente e da queixa principal. Desse modo, posteriormente à resolução da urgência, para obter o máximo de informações do paciente, foi complementado à ficha clínica a história familiar, o exame físico geral, o perfil psicológico, hábitos, métodos de utilização de flúor, exame físico extrabucal e intrabucal (Figuras 4 e 5), análise das funções do sistema estomatognático, exame funcional da oclusão, avaliação dos fatores etiológicos da cárie e doença periodontal, avaliação clínica complementada com radiografias (figuras 6, 7, 8 e 9) e exames laboratoriais, quando necessários (FIUZA et al., 2016; GUEDES- PINTO, 2016).

Foram feitas radiografias periapicais de todos os elementos e radiografias interproximais (Bitewing) dos elementos posteriores, objetivando alcançar o correto diagnóstico. A técnica radiográfica interproximal é um ótimo auxiliar de diagnóstico de lesões cáries proximais, pois a visualização direta dessas lesões em dentes posteriores é quase sempre impossível (SCAF; MACEDO; LOFFREDO, 1998).

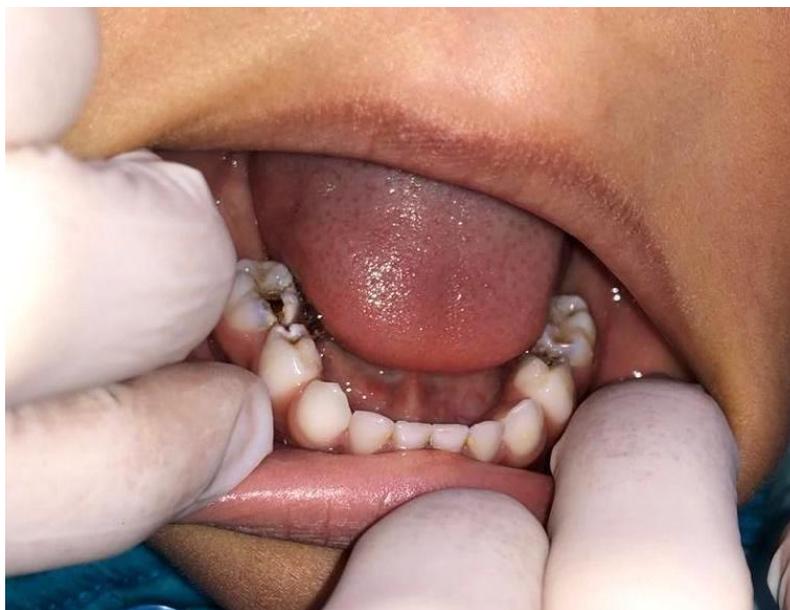
Ao realizar os exames de imagem, a criança se apresentou inquieta e impaciente, necessitando repetir a técnica radiográfica algumas vezes. Com bastante conversa, o paciente foi se sentindo mais confiante no tratamento proposto e assim foi possível obter as radiografias.

Figura 4 - Situação inicial do paciente por vista oclusal da arcada superior.



Fonte: elaborada pela autora (2019)

Figura 5 - Situação inicial do paciente por vista oclusal da arcada inferior.



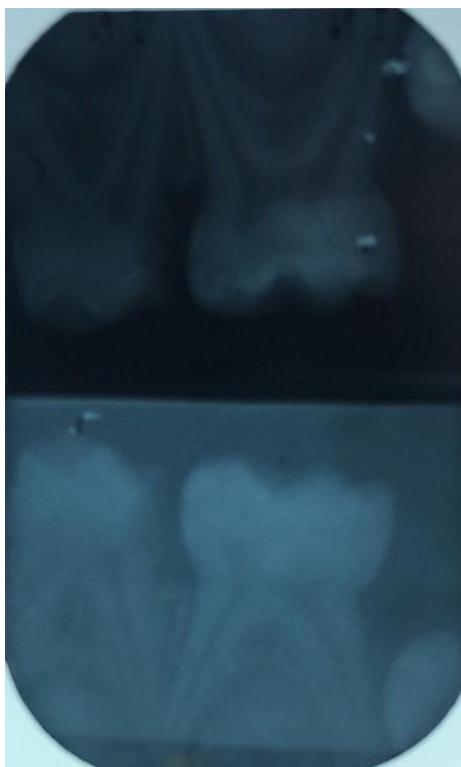
Fonte: elaborada pela autora (2019)

Figura 6 - Exame radiográfico dos elementos 64, 65.



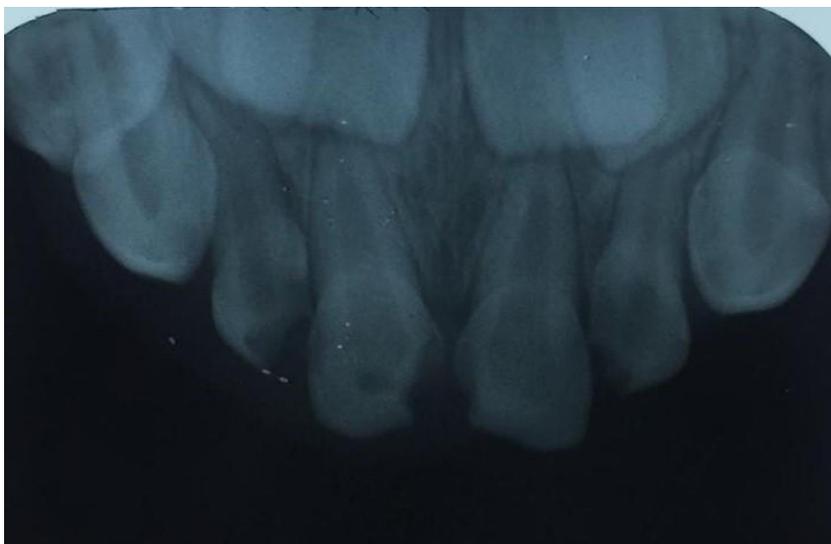
Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Figura 7 - Exame radiográfico do elemento 74 e 75.



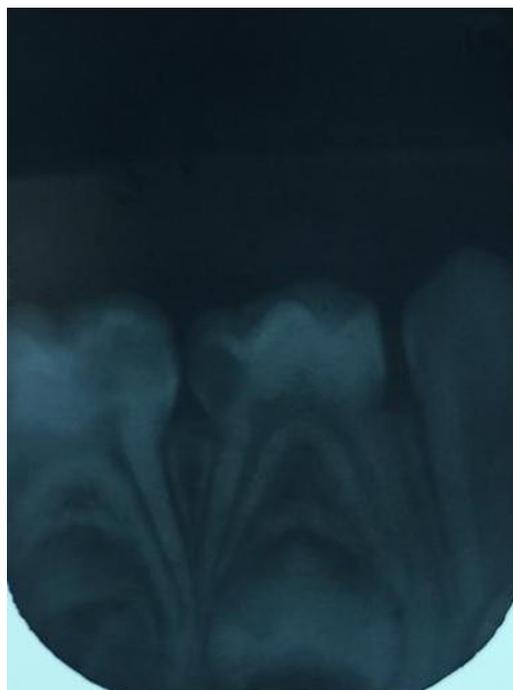
Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Figura 8 - Exame radiográfico dos dentes anteriores superiores.



Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Figura 9 - Exame radiográfico do elemento 84 e 85.



Fonte: Elaborado pela autora (2019)

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

Os elementos 51, 52, 63, 72, 71, 81 e 82 exibiam lesão de mancha branca, que é o primeiro sinal visível da cárie. Se não forem tratadas para interromper o processo, poderá evoluir para uma cavidade (formada pela desmineralização do esmalte e da dentina) (MORAES; ARSENIAN; TUCCI, 2014).

Após a conclusão de todos os exames, prosseguimos com o planejamento geral. Segundo Assunção et al. (2015), para um correto planejamento e obtenção do plano de tratamento, é recomendado qualificar, quantificar, priorizar e ordenar, considerando assim a gravidade do caso, a idade do paciente e a oportunidade da realização do tratamento. Para os tratamentos educativos e preventivos, o plano é o de estabelecer e reconhecer os fatores de risco da cárie e definir a melhor estratégia para eliminá-los ou controlá-los.

A qualificação, será feita a partir da análise do perfil do paciente em relação a atividade de cárie ou risco de cárie. O termo risco de cárie se relaciona a algo futuro, que pode ou não acontecer, dependendo da intensidade dos fatores que determinam o início do processo patológico. Em vista disso, podem ser utilizadas as terminologias alto, médio e baixo riscos, pois os fatores determinantes podem variar de paciente para paciente. Já a atividade de cárie, refere-se à manifestação visível da doença ao realizar o exame clínico (GUEDES-PINTO, 2016).

A avaliação clínica relativa à quantidade de procedimentos necessários, se inclui na quantificação. A priorização do tratamento é baseada na escolha do quadrante que necessita de mais urgência, feito isso, é possível ordenar no quadrante os elementos que necessitam de maior prioridade, podendo ser tratados na fase de urgência (GUEDES-PINTO, 2016).

A partir dessa organização e racionalização dos tratamentos, pode-se então elaborar um plano de tratamento integral dentro das quatro fases do planejamento (Tabela 1 e 2). Siglas como LCACC, LCASC e CL serão utilizadas e significam, respectivamente: lesão cariiosa ativa com cavitação, lesão cariiosa ativa sem cavitação e classe (nomenclatura utilizada para diferenciar os tipos de restaurações). Segundo Toledo (2012), as fases do plano de tratamento se baseiam em:

1ª fase – Avaliação Pré-Operatória e Cuidados de Emergência: tem como objetivo a obtenção das condições bucais do paciente, auxiliando no início de um programa preventivo individual, assim como o controle da dor, caso houver;

2ª fase – Programa Preventivo Individual: nessa fase é avaliado a escovação da criança, realiza-se a instrução de higiene oral, orienta sobre a diferença das dietas cariogênicas e não cariogênicas, realiza também a profilaxia e a aplicação tópica de flúor, no intuito de mudar o perfil cariogênico do paciente e paralisar o desenvolvimento de cáries ativas;

3ª fase – Procedimentos restauradores: a finalidade dessa fase é a de transformar as restaurações provisórias em restaurações definitivas após a diminuição das atividades de cárie através da adequação do meio bucal da criança;

4ª fase: Estabelecimento de um Programa de Longa Duração: após a realização de todos os procedimentos restauradores faz-se a preservação com retornos periódicos. Possibilita ao profissional intervir em alterações que possam surgir e realizar o reforço de instrução de higiene oral e controle da dieta não cariogênica como prevenção.

Tabela 1 - Diagnóstico e Plano de Tratamento por dente.

DENTE	DIAGNÓSTICO	PLANO DE TRATAMENTO
55	LCACC – Vestibular,mesial, oclusal	Restauração classe II MO+ Restauração classe V - Vestibular
54	LCACC – Oclusal, mesial, distal e palatina	Exodontia
53	Hígido	Acompanhamento
52	LCACC – Mesial	Escavação em massa + restauração CI IV – mesial
51	LCACC – Mesial+ Lesão de mancha branca na vestibular	Escavação em massa+ restauração CI IV - mesial
61	LCACC – Mesial e Cervical LCASC – Distal	Escavação em massa+ restauração CI IV mesial+ restauração classe V vestibular+ restauração classe CI III distal
62	LCACC – Mesial	Escavação em massa+ restauração CI IV - mesial

63	Hígido	Acompanhamento
63	LCACC – Oclusal e Distal	Pulpectomia+ restauração CI II – oclusal e distal
64	LCACC – Vestibular, mesial e oclusal	Escavação em massa+ restauração CI V - vestibular+ restauração CI II - mesial e oclusal
75	LCACC – Mesial e oclusal	Escavação em massa+ restauração CI II – oclusal e mesial
74	LCACC – Distal e oclusal	Escavação em massa+ restauração CI II – distal e oclusal
73	Hígido	Acompanhamento
72	LCASC – mesial	Remineralização+ acompanhamento
71	LCASC – mesial e distal	Remineralização+ acompanhamento
81	LCASC – distal e mesial	Remineralização+ acompanhamento
82	LCASC – mesial	Remineralização+ acompanhamento
83	Hígido	Acompanhamento
84	LCACC – Distal e oclusal	Escavação em massa+ restauração CI II - distal e oclusal
84	LCACC – Oclusal e mesial	Escavação em massa+ restauração CI II – mesial e oclusal

Fonte: elaborado pela autora (2019).

Tabela 2 - Sequência do plano de tratamento integral.

SEQUÊNCIA DO PLANO DE TRATAMENTO INTEGRAL	
SESSÃO	AVALIAÇÃO PRÉ- OPERATÓRIA E CUIDADOS EMERGENCIAS
1 ^a	Medicação antibiótica, remoção do tecido cariado, abertura coronária e medicação intracanal (Tricresol Formalina) + restauração provisória com IRM no elemento 64
2 ^a	Pulpectomia do elemento 64
3 ^a	Exodontia do elemento 54 e mantenedor de espaço
4 ^a	Escavação em massa dos elementos 55, 52, 51, 61 e 62
5 ^a	Escavação em massa dos elementos 65, 75, 74, 84 e 85.
PROGRAMA PREVENTIVO INDIVIDUAL	
7 ^a	Instrução de higiene oral, recomendações de mudança de hábito alimentar, escovação monitorada, evidenciação e controle do biofilme.
8 ^a	Remineralização dos elementos 51, 52, 63, 72, 71, 81 e 82.
PROCEDIMENTOS RESTAURADORES	
9 ^a	Restauração Classe II (OD) do elemento 64
10 ^a	Restauração Classe II (OM) e Classe V (vestibular) do elemento 65
11 ^a	Restauração Classe II (OM) e Classe V (vestibular) do elemento 55

12^a Restauração Classe II dos elementos 74 (OD) e 75 (OM)

13^a Restauração Classe II dos elementos 84 (OD) e 85 (OM)

14^a Restauração Classe IV (mesial) dos elementos 51 e 52

15^a Restauração Classe IV (mesial) do elemento 61 e Classe V (vestibular)+
Classe III (distal) e restauração Classe IV (mesial) do elemento 62.

PROGRAMA DE LONGA DURAÇÃO

15^a Finalizado todos os procedimentos restauradores, realizar a preservação de todos os elementos com retornos periódicos. Dar ênfase ao elemento 64 (pulpectomia) e realizar o acompanhamento clínico e radiográfico até sua esfoliação. Importante sempre reforçar a instrução de higiene oral e controle de dieta.

Fonte: elaborado pela autora (2019).

O plano de tratamento foi exposto à mãe e foram citados todos os pontos negativos que foram encontrados, como as diversas cáries em fases avançadas, a má escovação e a dieta cariogênica. Para um bom resultado, mãe e filho devem se comprometer com o tratamento e realizar o proposto pelo profissional em casa. Felizmente, a mãe concordou com o tratamento e o paciente, por mais que seja leigo e inocente, reagiu positivamente à conversa, aparentando cooperar.

O paciente era bastante sociável, risonho, hiperativo e bastante humilde. Por meio de conversas com sua mãe, pude perceber que eles vinham de uma realidade sofrida, o que me tocou e me motivou a continuar tratando-o.

O principal ensinamento passado para uma criança durante o tratamento é uma boa escovação, para que não resulte em problemas futuros, como a cárie, o tratamento endodôntico ou a até mesmo a extração.

A cárie é atualmente considerada uma doença polimicrobiana, complexa, não transmissível. Do ponto de vista microbiológico entende-se que há uma disbiose. Entretanto, outros fatores são necessários para que ocorra a doença e posteriormente a lesão cáriosa aconteça. Entre esses fatores podemos citar: dieta, consumo e frequência de açúcares e higiene bucal deficiente (CRUZ et al., 2017).

A doença afeta grande parte da população infantil, se tornando a doença crônica mais comum em crianças. É considerada um problema de saúde pública, por possuir alto índice e por interferir na qualidade de vida, como por exemplo na alimentação, podendo levar a um crescimento lento e conseqüentemente o baixo peso; na dificuldade em dormir e também na dificuldade do aprendizado escolar (NUNES; PEROSA, 2017).

Essas informações importantes sobre a cárie foram passadas para a mãe e para o paciente de forma didática e foi dada a continuação do tratamento com o programa preventivo individual. De acordo com a racionalização de Toledo (2012), a exodontia do elemento 54 e as escavações em massa que se encaixam na fase de urgência, deveriam ser realizadas após a pulpectomia do elemento 64 para posteriormente realizar a próxima fase do programa preventivo individual, porém, devido ao comportamento do paciente, a ordem foi invertida por uma questão de reforço positivo, para que a criança criasse um maior nível de confiança no profissional.

Realizado o preenchimento de ficha sobre o índice de biofilme, foi obtido o percentual máximo relacionado ao índice de biofilme espesso e fino. Ao corar os dentes do paciente com fucsina básica, todas as faces ficaram coradas, até mesmo as faces oclusais, que raramente pigmentam (Figura 10 e 11). A fucsina é um corante que funciona como evidenciador de placa bacteriana, auxiliando em casos que o biofilme não é visível.

Figura 10 - Evidenciação da placa bacteriana com Fucsina básica nas faces vestibulares de dentes anteriores.



Fonte: elaborada pela autora (2019)

Figura 11 - Evidenciação da placa bacteriana com Fucsina básica por vista oclusal da arcada inferior.



Fonte: elaborada pela autora (2019)

Em Odontopediatria a técnica de evidenciação de placa bacteriana utilizando o corante tem como objetivo mostrar para a mãe e para a criança os locais que necessitam de uma melhor escovação e mostram também se a higienização está sendo bem executada. Quanto melhor executada for a higienização bucal, menor será o índice de placa bacteriana, e conseqüentemente menos faces coradas terão (GONÇALVES et al., 2017). Logo, com a instrução de higiene oral correta, filmes educativos, fotos e brindes motivacionais poderão ser utilizados pelo profissional para poder motivar o paciente (GUEDES-PINTO, 2016).

Posteriormente, com o auxílio de um macro modelo das arcadas dentárias, ensinei a mãe como realizar a correta higienização bucal em seu filho, uma vez que, a higienização bucal correta deve ser supervisionada pelos responsáveis e por profissionais. A mãe e o paciente repetiram os movimentos demonstrados no macro modelo.

No escovódromo, a mãe pôde realizar a higienização sob minha supervisão e o paciente também, possibilitando corrigir as dificuldades da mãe relacionadas a posição do paciente, os movimentos realizados durante a escovação e a passagem do fio dental. Depois disso, foi feita uma profilaxia completa com pasta profilática com o auxílio de taças de borracha, escova de Robson e fio dental para remover todo o remanescente de placa bacteriana.

Outro problema associado a higienização e que prejudica a saúde bucal, é que o paciente frequentava uma escola em que passava grande parte do dia e na maioria das vezes a escovação não era realizada e a dieta era cariogênica. Com isso, foi proposto a mãe que ela anotasse na ficha dietética todos os alimentos que o seu filho consumia durante o dia e os respectivos horários (Figura 12).

Figura 12 - Ficha dietética.

16 / 05 / 19		17 / 05 / 19		20 / 05 / 19	
Horário	Alimento ingerido	Horário	Alimento ingerido	Horário	Alimento ingerido
09:05	Danone	08:15	Leite com café e pão com manteiga	09:00	Leite com café e bala
09:38	Leite com café e pão com manteiga	09:00	Leite com café e Pão com manteiga	10:30	bolo
10:35	Danone	11:55	Leite com café e pão com manteiga	12:15	macarrão instantâneo e suco
12:15	Leite com café e pão com manteiga	12:15	água	12:30	água
De:13:00	O lanche que ele leva e	De:13:00	lanche	De:13:00	lanche
17:15	balacha de maizena e suco	17:15	balacha de maizena e suco	17:15	balacha de maizena e suco
17:45	água	18:00	Danone	18:00	suco e chocolate
17:47	pirulito	18:20	Danone		
18:04	Danone	19:00	Leite com café e pão com manteiga		
18:50	Danone				
22:00	Pão com manteiga e mel	20:30	macarrão instantâneo suco		
		21:00	sorvete		

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Com base nas informações obtidas, constatou-se que o paciente possuía uma dieta baseada em açúcares. Segundo França (2016), independentemente da idade, a alta frequência de ingestão de alimentos açucarados é um fator que mantém um pH ácido na boca, causando uma perda mineral constante e que conseqüentemente poderá causar lesões cariosas. A recomendação, portanto, foi a redução da quantidade de açúcares e a inclusão de alimentos saudáveis durante o dia.

Deve-se salientar que, de acordo com a mãe, o paciente não possuía o hábito de comer arroz, carnes, verduras e legumes, e que era comum a ingestão de alimentos como bolachas, pirulito, leite e bolos.

Infelizmente, a mãe relatou que o paciente não possuía o básico para uma boa higienização bucal: escova de dentes individual e fio dental. Cabisbaixa, disse também que realizava a escovação somente a noite em seu filho e que sentia dificuldade, já que o filho não aceitava a maioria das vezes.

De acordo com Gislon, Bottan e Mianes (2018, p. 14) “a saúde está diretamente ligada às condições de vida sendo influenciada por diferentes fatores, como renda, educação, envolvimento social, qualidade ambiental e habitacional, dentre outros.” E ao considerar essa perspectiva, é importante enfatizar a importância ao acesso à informação para obter uma melhor qualidade de vida, posto que a mãe não possuía hábitos de higienização bucal e a mesma não possuía os dentes anteriores.

A fim de motivar o paciente e, por conseguinte obter uma boa saúde oral, foram doados ao paciente uma escova de dentes e um fio dental. É recomendado mostrar a importância da escovação desde a primeira infância e sempre que possível influenciar a criança a ter uma boa higiene oral.

O flúor tópico também foi utilizado nessa fase de programa preventivo individual, a fim de retardar a progressão das cáries, entretanto, se os outros fatores citados acima não forem controlados, a lesão de cárie poderá se manifestar, pois o flúor não oferece imunidade contra a cárie. A remineralização do esmalte nos casos de manchas brancas e porosidades superficiais são obtidas através da mudança de hábitos de dieta e higienização bucal, atuando diretamente nos principais fatores causais. O flúor tópico é aplicado na forma de gel e não é indicado ingerir líquidos ou alimentos por pelo menos 30 minutos após o procedimento (GUEDES-PINTO, 2016).

O próximo passo foi a escavação em massa dos elementos 55, 52, 51, 61, 62, 65, 74, 84 e 85 a partir da remoção do tecido cariado com colher de dentina e restaurações provisórias com cimento de ionômero de vidro autopolimerizável. O cimento de ionômero de vidro

possui a capacidade de aderir à estrutura dental, liberar flúor, alterar o metabolismo dos *Streptococcus mutans* e estabilizar a microbiota. As concentrações de flúor liberadas, são responsáveis por produzir um efeito antimicrobiano (BENGTSON, 2013; DIAS et al., 2018).

Conforme Reis et al. (2010 p.33), “esta técnica deve ser considerada como parte de um pacote de procedimentos de saúde bucal, baseada em uma filosofia de promoção de saúde”. A técnica consiste na remoção completa de tecido cariado localizado nas paredes laterais e marginais das cavidades e na remoção superficial da dentina localizada na parede pulpar, sendo removida apenas a dentina infectada e amolecida. Estudos afirmam que o remanescente bacteriano não é capaz de produzir a progressão da lesão cariada, desde que a cavidade esteja devidamente selada. Além disso, esse tipo de procedimento dispensa o uso de equipamentos odontológicos convencionais e também da anestesia, reduzindo o grau de desconforto do paciente e aumentando a preservação das estruturas dentárias afetadas (LIMA et al., 2015).

Em seguida, iniciou-se a fase de procedimentos restauradores, que como já dito, visa transformar as restaurações provisórias em definitivas após a adequação do meio bucal do paciente. A adequação do meio bucal consiste em medidas responsáveis pela redução dos níveis cariogênicos e a interrupção da doença cárie, representando todas as ações expostas anteriormente (SANTOS et al., 2020).

A restauração definitiva do elemento 64 foi realizada, utilizando o mesmo anestésico e a mesma técnica anestésica do tratamento endodôntico. No momento da anestesia, o paciente rejeitou o tratamento e chorou, porém, empregando técnicas de manejo como as técnicas de falar, mostrar e fazer, a de reforço positivo e o uso do aparelho celular como distração, obteve-se êxito.

A técnica de distração tem como principal objetivo desviar a atenção da criança com algo do qual ela possa vir a ter receio. Durante o tratamento, a mãe escolhia alguns desenhos animados em seu telefone e o filho se distraía, o que possibilitou um melhor trabalho do profissional e conseqüentemente reduziu o tempo do procedimento, visto que, a distração audiovisual consegue isolar o paciente de imagens e sons externos, transportando-o fora do ambiente odontológico e deixando-o menos nervoso (SILVA et al., 2016; ALARCO-CADILLO et al., 2017).

A comunicação verbal é importante pois permite que o paciente entenda o que será realizado durante o tratamento. Em seguida é feita uma demonstração visual e tátil dos materiais e instrumentais, buscando tranquilizar o paciente. A partir disso, é realizado o procedimento em si. Conjugado à essas técnicas, utilizou-se também o reforço positivo, que é

um processo de motivação do comportamento positivo da criança, feito pelo profissional através de elogios, gestos e expressões faciais (SILVA et al., 2016).

Para restaurar o elemento foi utilizado o isolamento absoluto para prevenir acidentes e a deglutição de líquidos ou até mesmo partículas de materiais (Figura 14). Além disso, para Guedes- Pinto (2016), o isolamento absoluto também protege o paciente de possíveis estímulos indesejados, possibilitando o relaxamento e se possível, a dormir também.

Figura 13 - Isolamento absoluto.



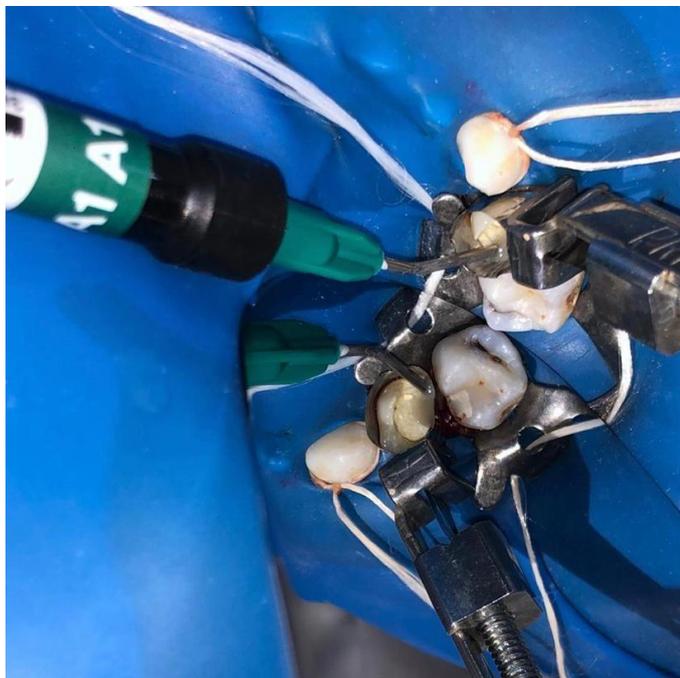
Fonte: elaborada pela autora (2019)

Para melhor sucesso da restauração, foi indicado pelo professor Ricardo Augusto Barbosa o uso de matriz de aço, porta matriz e amarrilhos de fio dental. O IRM (Material Restaurador Intermediário) foi removido das paredes circundantes e da oclusal até que ficasse apenas uma base de material restaurador e logo após foi realizada a limpeza da cavidade com uma bolinha de algodão estéril embebida na solução de Clorexidina 0,12%.

No interesse de promover uma maior adesão do material restaurador e de reduzir do tempo de trabalho, foi utilizado o sistema adesivo autocondicionante universal. Inseriu-se a resina Filtek Bulk Fill Flow (cor A1) para base da cavidade (figura 14) e foi fotoativada por 40 segundos. Posteriormente, de forma incremental foi inserida a resina Filtek Z350 XT Body (cor B1) com o auxílio da espátula de resina, visando a diminuição da contração de polimerização. Fotoativou-se também por 40 segundos. Para verificar a oclusão, utilizou o

papel carbono e realizou os devidos ajustes em excessos de resina composta na oclusal do elemento (CASANOVA et al., 2002; ARINELLI et al., 2016).

Figura 14 - Isolamento absoluto e inserção de resina composta no elemento 64.



Fonte: elaborado pela autora (2019)

As resinas flow apresentam alta fluidez sendo facilmente manuseadas e injetáveis. Por apresentarem menor quantidade de carga inorgânica e maior concentração volumétrica, são utilizadas como material de forramento com o intuito de funcionar como um amortecedor de choques devido ao baixo módulo de elasticidade (AL SUNBUL; SILIKAS; WATTS, 2016).

O elevado escoamento dessas resinas possibilita que, mesmo em regiões de difícil aplicação, o material restaurador entre em contato com todas as paredes dentinárias. Normalmente, as resinas Bulk Fill Flow apresentam menor volume de carga, menor módulo de elasticidade e menor dureza quando comparada as resinas convencionais ou as resinas “Bulk Fill” na forma tipo pasta (FRANÇA et al., 2018; SILVA; SILVEIRA; CARNEIRO, 2019).

Clinicamente, possui vantagem em restaurações de cavidades profundas, estreitas e com ângulos de difícil acesso, pois deixa o processo mais fácil e rápido. Apresenta também, um melhor desempenho quanto ao estresse de polimerização e à resistência de união (CHARAMBA et al., 2017; SILVA; SILVEIRA; CARNEIRO, 2019).

Durante o tratamento houve uma interrupção de duas semanas em razão de alguns feriados. No retorno, deparou-se com uma outra situação de emergência, e o diagnóstico foi o mesmo do elemento 64: abscesso dentoalveolar (Figura 16 e 17).

A ordem que se apresenta para o plano de tratamento é a que se entende ser racional e lógica, entretanto, em algumas ocasiões como essa de urgência, pode ser alterada, o que não invalida a proposta inicial. É colocada como prioridade, portanto, a resolução da queixa, eliminando a dor do paciente e logo após, retoma-se ao que estava planejado (GUEDES-PINTO, 2016).

Figura 15 - Abscesso dentoalveolar por vista vestibular.



Fonte: elaborado pela autora (2019)

Figura 16 - Abscesso dentoalveolar por vista oclusal.



Fonte: elaborado pela autora (2019)

Outro fator relevante também (e que pode ser observado nas figuras 15 e 16), é que não se obteve êxito no tratamento restaurador provisório, pois o paciente retornou à consulta sem as restaurações provisórias. Posteriormente à resolução da urgência, as cavidades foram seladas novamente com cimento de ionômero de vidro.

Como já abordado, o abscesso dentoalveolar agudo surge como resultado da extensão de uma infecção da polpa para os tecidos periapicais, podendo estar associado ao edema e coleção purulenta (RODRIGUES; CANGUSSU; FIGUEIREDO, 2015).

Sempre que possível, a exodontia deve ser postergada, optando-se pelo tratamento conservador, assim como foi feito no elemento 64. Porém, diante do exame de imagem, conclui-se que não seria possível preservar o elemento devido à grande destruição que a cárie havia causado. Vale ressaltar que a exodontia do elemento 54 deveria ter sido realizada anteriormente ao tratamento restaurador, houve um erro na execução do planejamento (GUEDES-PINTO, 2016).

Os dentes decíduos além de importantes na mastigação, também desempenham um papel importante na fonação e na oclusão estética da criança, sendo os melhores mantenedores de espaço proximal e funcional. A perda precoce dos dentes decíduos pode levar a sérias alterações na oclusão da dentição decídua, mista e permanente, como a migração

ou inclinação dos dentes adjacentes, fazendo com que o espaço necessário para a futura erupção do dente permanente seja perdido (MENEGAZ et al., 2015).

Diante da perda dentária precoce, e no intuito de evitar a má oclusão, o mantenedor de espaço é recomendado. Sua função é preservar o espaço para que seu sucessor permanente possa irromper adequadamente. Foi planejado então, para depois da exodontia, a instalação do mantenedor de espaço (MENEGAZ et al., 2015).

Assim como na última urgência, foi prescrito ao paciente, de acordo com as orientações de Guedes-Pinto (2016), Amoxicilina 250 mg, 4,5 ml a cada oito horas, durante sete dias. No retorno, foi orientado ao paciente a realizar a profilaxia antibiótica com Amoxicilina 50 mg/kg uma hora antes do procedimento.

Em sua próxima consulta, ao confirmar que a medicação foi feita, se deu início então, ao procedimento cirúrgico. Após a paramentação completa do profissional e do auxiliar, foi feita a montagem da mesa clínica e a antisepsia extra oral do paciente com uma gaze embebida na solução de Clorexidina 2% e intra oral com o auxílio de uma gaze embebida na solução de Clorexidina 0,12% para evitar a deglutição.

O anestésico tópico foi utilizado com um cotonete e logo após foi anestesiado pela técnica infiltrativa o elemento 54. A solução anestésica de escolha foi a Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000. Em seguida, foi realizada a sindesmotomia com a espátula 7, luxação do elemento 54 com o mesmo instrumental e a exérese foi feita com o fórceps infantil. Com cuidado para não comprometer o germe do permanente, foi curetado o alvéolo devido à lesão periapical. Após a formação do coágulo, foi feita a sutura em X. Prescreveu-se ao paciente Amoxicilina por mais dois dias, de oito em oito horas e em caso de dor, Dipirona Monoidratada (2 gotas/3kg). Após sete dias e o paciente retornou a clínica para remoção de sutura.

Para instalação de banda ortodôntica no elemento 55, houve a necessidade de restaurar o elemento, já que ele se encontrava com uma lesão cáriosa ativa com cavitação.

Utilizou-se o mesmo anestésico e técnica anestésica dos procedimentos anteriores e também o isolamento absoluto, envolvendo apenas o elemento 55. Foi utilizado o grampo 14 A e iniciou-se a remoção do tecido cariado com caneta de baixa rotação. Após isso, todo o protocolo de restauração já dito anteriormente também foi realizado, inclusive o sistema adesivo autocondicionante universal, diferenciando apenas na escolha da resina, que foi a resina composta Filtek Z250 XT 3M cor B1. Ao final, também foi realizado o ajuste oclusal e o acabamento e polimento da restauração.

Em uma sessão subsequente ao procedimento restaurador, no elemento 55 foi aplicado o anestésico tópico com um cotonete e feita a seleção da banda ortodôntica e adaptação com a ajuda de um calcador de banda para que haja um espaço mínimo entre o dente e a banda. Logo após, seguimos com a moldagem de transferência com alginato utilizando a moldeira infantil. Posteriormente, foi feito o vazamento com gesso tipo III e obteve-se o modelo de trabalho, onde foram realizadas a confecção e fundição do fio na banda ortodôntica com a ajuda do professor José Norberto de Oliveira Júnior (GATTI; MAAHS; BERTHOLD, 2012).

No dia da consulta da cimentação da banda alça, foi realizada a remoção da peça do modelo e feita a desinfecção. Depois foi realizada a prova em boca, observando uma correta adaptação. Assim, após a realização de um efetivo isolamento relativo com algodões e sugador, foi realizada a cimentação com cimento de ionômero de vidro, removendo os excessos sobre o dente (WITTI et al., 2018).

O cimento de ionômero de vidro foi escolhido para cimentação pela grande aceitação na Odontopediatria e por possuir propriedades que já foram abordadas anteriormente. Este tipo de aparelho possibilita uma fácil higienização e confecção, boa resistência e não depende da colaboração do paciente por ser um aparelho fixo. (WITTI et al., 2018).

Figura 17 - Cimentação da banda ortodôntica e instalação do mantenedor de espaço.



Fonte: elaborado pela autora (2019)

A fotografia (Figura 17) foi tirada imediatamente após a cimentação, portanto, alguns excessos de cimento de ionômero de vidro ainda estavam presentes.

Tendo em vista que as consultas estavam finalizando e que no próximo período de graduação eu não praticaria mais a Odontopediatria, infelizmente despedimos do paciente (Figura 18). Diante do tratamento realizado, conclui que a reabilitação oral recuperou as funções mastigatórias e estéticas do paciente e restabeleceu a saúde bucal e consequentemente geral. Pois, deu fim a infecções existentes e impediu o surgimento de novas infecções. A despedida me fez refletir sobre o quanto pude aprender nesse caso clínico, o qual envolveu várias áreas da Odontologia.

Figura 18 - Despedida.



Fonte: elaborada pela autora (2019)

O paciente foi encaminhado para a Clínica Infantil do próximo semestre, porém devido à pandemia do novo Coronavírus e a paralização das aulas presenciais, ainda não pude contactá-lo e acompanhar o caso desse paciente tão marcante em minha história acadêmica.

2.2 Apresentação do caso clínico de Prótese: Isabella Lara de Abreu

Meu nome é Isabella Lara de Abreu, tenho 32 anos, sou natural de São João Del Rei. Sou órfã de pai, criada por mãe solteira, com muitas dificuldades. Nunca tive incentivo para me graduar profissionalmente. Aos 17 anos, ao formar no ensino médio me mudei para São Paulo por acreditar ser um lugar com mais oportunidades. Morei lá durante três anos, foi uma experiência fundamental para o meu desenvolvimento.

Após juntar um dinheiro e me saturar com a correria de cidade grande, resolvi retornar a minha cidade natal e tentar abrir meu próprio negócio. Tive meu empreendimento, que durante três anos me deu muito orgulho e lucro. Foi aí que engravidei e tudo mudou.

Em seguida passei dois anos me dedicando ao meu filho e trabalhando em outras áreas. Foi então que notei a necessidade de me graduar e garantir um futuro mais seguro a mim e ao meu herdeiro. Prestei a prova do ENEM após anos distantes da educação.

Sempre me fascinei pela área da saúde, pelo fato de ajudar as pessoas de alguma forma. Por já conhecer a Odontologia melhor que as outras, pois tenho familiares na área resolvi jogar minha nota do ENEM para o vestibular da UNILAVRAS, que além de ser uma renomada faculdade pela qualidade do ensino e estrutura ainda era próxima a minha cidade.

Ao iniciar o curso meu filho tinha quatro anos de idade, tentei conciliar a maternidade com a vida acadêmica, porém notei a dificuldade diante da dupla jornada, optando com muita dor por deixar meu filho aos cuidados do pai em nossa cidade natal, pois o nosso futuro dependia daquele sacrifício.

Foi um período de muito aprendizado, experiências inenarráveis e amizades verdadeiras, onde além de me qualificar profissionalmente pude evoluir como ser humano e valorizar a oportunidade que me foi dada.

O caso clínico apresentado a seguir marcou muito e fui crucial para minha formação.

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 e IV, durante o sétimo e oitavo período, sendo realizado por mim, Isabella Lara de Abreu, com a supervisão dos professores, Douglas Campideli Fonseca, Luiz Fernando Ferreira de Oliveira, Renata de Carvalho Foureaux e Selém Vilela de Oliveira.

2.2.2 Desenvolvimento do Caso Clínico

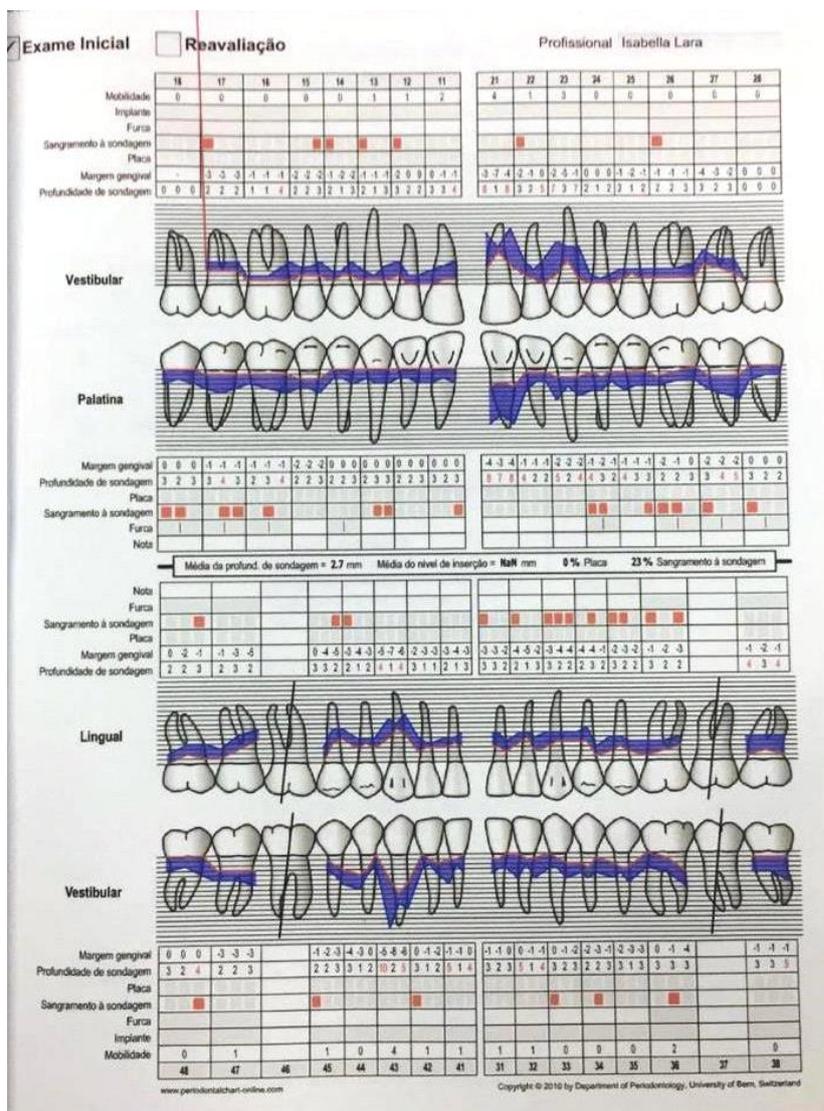
Quando iniciadas as atividades da Clínica Integrada III durante o sétimo período, o professor Douglas me procurou pedindo que atendesse uma mulher de 40 anos, leucoderma, encaminhada por um amigo dele, que necessitava de ajuda, pois estava perdendo a inserção dos elementos dentários devido a alguma patologia periodontal.

A periodontite é uma doença inflamatória crônica multifatorial associada à presença de um biofilme bacteriano e caracteriza-se pela perda progressiva dos tecidos de suporte dos dentes (TEIXEIRA et al., 2019).

Durante a anamnese notei ser uma paciente tabagista com problemas sistêmicos agravados devido ao hábito. Mesmo com o conhecimento dos efeitos e problemas prejudiciais que os cigarros podem ter sobre a saúde, abandonar o hábito é difícil e precisa ser monitorado. Profissionais de saúde, incluindo cirurgiões-dentistas, desempenham um papel fundamental em ajudar e orientar os pacientes que fumam que demonstram interesse em parar de fumar (WEBER et al., 2017).

Na imagem a seguir, a demonstração do periograma da situação inicial da paciente, que se trata de um exame clínico feito com o auxílio de um instrumental conhecido como sonda milimetrada. Os dados obtidos são anotados e posteriormente passados para um programa próprio, que gera a imagem virtual a diante (Figura 19).

Figura 19 - Situação periodontal inicial.



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

Segundo Steffens e Marcantonio (2018 p. 192), a classificação periodontal inicial da paciente diante dos dados encontrados era:

Estágio III

Característica determinante: 5 mm ou mais de perda de inserção interproximal no pior sítio ou perda óssea radiográfica se estendendo à metade ou ao terço apical da raiz.

Fatores que modificam o estágio: profundidade de sondagem de 6mm ou mais, com perda dental devido à periodontite em até 4 dentes. Pode ter perda óssea vertical de até 3 mm, lesões de furca grau II ou III e defeito de rebordo moderado.

Grau B – progressão moderada

Característica determinante: evidência direta de progressão inferior a 2 mm em 5 anos ou indireta de perda óssea/ano de 0,25-1 mm. Características secundárias:

destruição compatível com depósitos de biofilme. Fatores de risco que podem modificar a graduação: fumantes abaixo de 10 cigarros ao dia ou HbA1c < 7% em pacientes com diabetes mellitus.

Embora cada método possua vantagens, como a profundidade de sondagem que avalia a profundidade da bolsa periodontal e pode representar o status atual da doença, a radiografia que mede a doença passada acumulada ao longo da vida e o sangramento na sondagem que indica a presença de sinais ativos de inflamação, não há consenso sobre o melhor método utilizado (NATTO et al., 2018). Neste caso utilizei todos os métodos. A seguir uma fotografia (Figura 20) e uma radiografia panorâmica da situação inicial da paciente (Figura 21).

Figura 20 - Foto inicial da paciente.



Fonte: Elaborada pela autora (2019)

Figura 21 - Radiografia panorâmica.



Fonte: Elaborada pela própria aluna (2019)

Durante os primeiros contatos, quando ainda trabalhava a questão da higienização e conscientização, pude notar a carência da paciente, que me relatava seus problemas pessoais, anseios e medos.

Sua aparência era o que mais a incomodava, acima do peso, com dificuldade de locomoção, perdas dentárias devido à periodontite, tabagista, além de outras questões como hipertensão e depressão. Considerando que os indicadores de risco frequentemente associados à periodontite envolvem características sociodemográficas (como idade, sexo, raça e renda), comportamentais (tabagismo, etilismo e cuidados pessoais) e problemas sistêmicos como alterações cardiovasculares e cerebrovasculares (TEIXEIRA et al., 2019). A paciente em questão se enquadrava em todas as características citadas.

Além das questões mencionadas, a paciente possuía muito medo de tratamentos odontológicos por experiências passadas traumatizantes e condições precárias de atendimento segundo ela.

Durante as primeiras consultas precisei ganhar sua confiança e mostrar a necessidade do cuidado e abandono dos hábitos nocivos.

Iniciamos o tratamento no dia 29/03/2019, pela parte periodontal, fazendo a instrução de higiene oral, a evidenciação de biofilme e a profilaxia. Finalizei a consulta com um exame periodontal simplificado, conforme figura a baixo (Figura 22). Exame esse, que serve para avaliar mais superficialmente a situação do periodonto.

Figura 22 - Periograma simplificado.

Aluno: Lealulla Sara

Inicial: Reavaliação: Terapia Periodontal de suporte:

PSR / IPC		
DATA: <u>29/03/19</u>		
SD	SA	SE
3	4	3
ID	IA	IE
3	4	3

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.

3. 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
GENGIVITE ASSOCIADA SOMENTE AO BIOFILME		
OUTRAS		
PERIODONTITE		X
DOENÇAS PERIODONTAIS NECROSANTES		
FATORES PREDISPONENTE		
ENVOLVIMENTO SISTÊMICO	SIM	NÃO

Fonte: Elaborada pela autora (2019)

Em seu retorno, no dia 12/04/2019 avaliei o índice de biofilme (50,89%) e sangramento (26,78%) da paciente, realizei 14 radiografias periapicais como as imagens anexadas a seguir (Figura 23).

Figura 23 - Radiografias periapicais.



Fonte: Elaborada pela própria aluna (2019)

Contudo as imagens foram acrescentadas ao protocolo para gerar um diagnóstico mais preciso sobre a perda óssea.

A paciente relatava muita sensibilidade e mobilidade dentária, que dificultava os procedimentos e a higienização. Existe uma pesquisa, que teve o objetivo de realizar um estudo clínico sobre a presença da sensibilidade da dentina em diferentes intensidades e seu impacto na qualidade de vida de pacientes periodontais. De um modo geral, o desconforto ou dor leve foi observado com spray ar-água, enquanto que dor intensa que persiste após estímulo foi verificada pela sonda exploradora nº 05 (MELO et al., 2015). Portanto, todo aquele desconforto era esperado diante da situação patológica da cavidade oral da paciente.

Na sessão seguinte, dia 19/04/2019, sempre iniciando pela evidenciação de biofilme para conferência da efetividade das instruções, dei início ao procedimento de raspagem e alisamento radicular supra e subgingival com o auxílio de Ultrassom e curetas em todos os sextantes.

Foi agendada reavaliação da parte periodontal para o dia 17/05/2019, tempo necessário para que ocorresse o reparo dos tecidos do periodonto de proteção e inserção após a realização da terapia periodontal (ANDRADE; BRANDÃO; BARROS, 2019). Enquanto aguardava fui dando prosseguimento as outras necessidades que a paciente apresentava, como as restaurações classe I nos elementos 27, 38 e 36.

O passo seguinte foi a moldagem de estudo tanto superior quanto inferior para posterior planejamento da prótese parcial removível. A escolha da técnica e do material moldador dependerá das características dos rebordos, do tipo e da posição dos tecidos e da finalidade da moldagem (RUSSI; ROCHA, 2015). No entanto, pelo grau de comprometimento e mobilidade de alguns elementos dentários fez-se necessário realizar esplintagem (Figura 24), foi então realizada entre o 11 e 21 e 42 e 43. Portanto, somente com uma contenção ou *splint* seria possível manter estes dentes, distribuindo-os na arcada de modo que limitasse a sua movimentação (KAPCZINSKI; CHIARELLI; KAPPES, 2016).

Figura 24 - Foto inicial, com esplintagem dos elementos 11 e 21, 42 e 43 para moldagem.



Fonte: Elaborada pela autora (2019)

Contudo, foram realizadas as moldagens das arcadas superior e inferior com Alginato que se trata de um material hidrocolóide irreversível.

Posteriormente realizei o vazamento em gesso tipo III. Em seguida tirei as medidas do arco facial com articulador e o registro de mordida com silicone de condensação, para oferecer ao laboratório todas as informações necessárias para a confecção da prótese parcial removível provisória imediata superior e inferior.

A doença periodontal já em seu estado avançado destrói os tecidos de sustentação do dente e quando não há um prognóstico favorável a exodontia dos elementos condenados é a melhor opção de tratamento. Entretanto, a exodontia pode resultar em dificuldades estéticas e fonéticas e algum nível de alteração funcional. Independente das opções de tratamento final disponíveis, o paciente deseja uma solução imediata após a extração para restaurar a estética.

A prótese imediata é considerada uma modalidade terapêutica para os casos em que não existe outra opção para reverter o prognóstico dos dentes, com o objetivo de manter e/ou restabelecer a estética, fonética e funcionalidade (MARTINS et al., 2016).

Com a prótese planejada por mim e confeccionada pelo laboratório, foram realizadas as exodontias da arcada superior, nos elementos que apresentavam comprometimento sem recursos para recuperação e que de alguma maneira dificultavam a adaptação da prótese, os elementos foram o 18, 21, 22 e 23. Como na imagem a diante (Figura 25).

Figura 25 - Foto após exodontias dos elementos 21, 22 e 23.



Fonte: Elaborada pela aluna (2019)

A foto a seguir (Figura 26) mostra a prótese parcial removível provisória imediata já instalada após as exodontias. Neste dia, ao colocar a prótese, mesmo com o incomodo devido à cirurgia, a paciente emocionou-se ao olhar no espelho, agradeceu muito e me fez ter a certeza de estar trilhando o caminho certo. Mas não parava por ali, ainda tínhamos a outra arcada para restabelecer a função, porém seria feito em outra sessão, aguardando a cicatrização e adaptação da arcada superior.

Figura 26 - Prótese parcial removível provisória instalada logo após exodontia dos elementos condenados.



Fonte: Elaborada pela aluna (2019)

Na sessão seguinte foram realizadas as exodontias dos elementos 43 e 47 como mostra a figura logo após (Figura 27).

Figura 27 - Exodontia dos elementos 43 e 47.



Fonte: Elaborada pela aluna (2019)

A diante, realizei a instalação da prótese parcial removível provisória na mandíbula, substituindo os elementos extraídos, como mostra a imagem a diante (Figura 28).

Figura 28 - Prótese parcial removível inferior provisória instalada após exodontias.



Fonte: Elaborada pela aluna (2019)

Apesar de não ter conseguido finalizar o caso com as próteses definitivas por causa do tempo escasso, ver a satisfação da paciente e como o meu trabalho tinha a condição de transformar vidas, me fez ter mais entusiasmo com a profissão que escolhi. Essa paciente chegou depressiva, com hábitos que agravavam ainda mais suas desordens sistêmicas, desmotivada e com vergonha de abrir a boca até para conversar ou dar um sorriso (Figura 29), foi então, a situação que mais me marcou durante a graduação, vê-la voltando a ter auto estima, se esforçando e conseguindo banir o hábito do tabaco e melhorando sua condição no geral me fez ter a vontade de relatar esse caso.

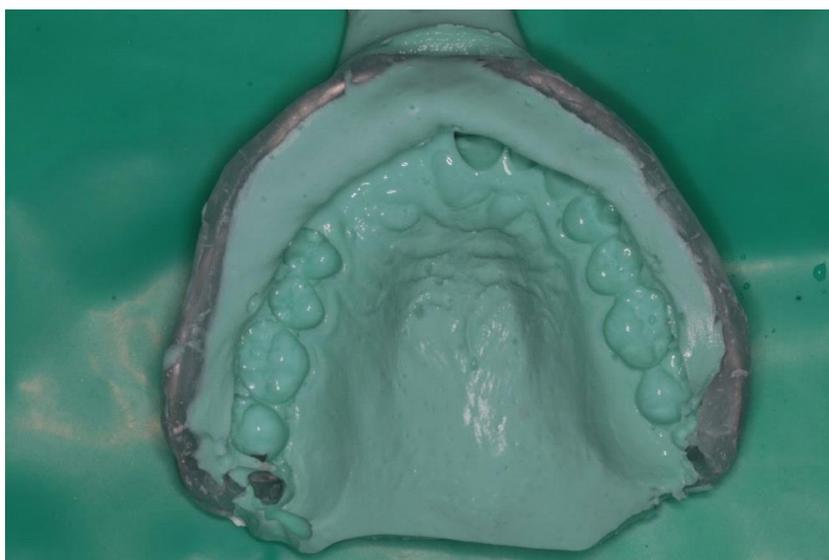
Figura 29 - Foto final, paciente com as próteses parciais removíveis superior e inferior instaladas, sorrindo.



Fonte: Elaborada pela aluna (2019)

Após a cicatrização completa das exodontias, realizei nova moldagem da arcada superior (Figura 30) e inferior (Figura 31), para confecção das próteses definitivas, que de acordo com a Classificação de Kennedy se tornou um edentulismo maxilar classe III e mandibular classe III modificação 2, porém devido às férias e a pandemia não consegui finalizar o caso.

Figura 30 - Moldagem com alginato da arcada superior.



Fonte: Elaborada pela própria autora (2019)

Figura 31 - Moldagem com alginato da arcada inferior.



Fonte: Elaborada pela própria autora (2019)

2.3 Apresentação do caso clínico de Prótese: Leticia Maciel Garcia

Desde bem pequena eu sempre falava que seguiria a área da saúde, e quando fui fazer a escolha em qual curso fazer não foi diferente.

De início falava em Medicina, fiquei fazendo cursinho durante 1 ano e meio, e nesse período muitas pessoas sempre me falavam que eu tinha “uma cara de dentista”, e a Odontologia nunca foi descartada por mim. Foi aí que no final de 2015 eu resolvi prestar o vestibular para Odontologia no UNILAVRAS, e o resultado foi a aprovação. Foi um misto de felicidade e medo. Comecei a cursar e desde o início me apaixonei pela Odontologia, e nos dias de hoje eu me pergunto o porquê perdi tanto tempo se na realidade o que eu realmente queria era a Odontologia. Mas tudo no tempo de Deus.

Foram 5 anos maravilhosos, onde vivi intensamente momentos incríveis, conheci pessoas fantásticas e aprendi muito com os melhores professores. Hoje eu sou completamente realizada e sei que vou exercer a minha profissão com muito amor e carinho.

No sétimo período eu tive a oportunidade de ser monitora de Cirurgia, que foi fundamental para o meu aprendizado, pois eu acredito que aprender ensinando é muito melhor e mais fácil. Na última clínica de Cirurgia dos alunos do quinto período, fui monitorar duas alunas em um procedimento de extrações das raízes residuais. A cirurgia foi um sucesso e

correu tudo bem, porém o paciente ainda tinha outras extrações a serem feitas, e foi aí que eu me tornei responsável pelo resto das exodontias e a posterior reabilitação do paciente.

Eu gostei muito de ter escolhido esse caso, pois eu criei um grande carinho pelo paciente e queria fazer tudo da melhor maneira possível para devolve-lo a autoestima e vontade de sorrir. Foi um grande aprendizado pois me forçou a evoluir bastante nas partes laboratoriais, as quais eu sempre tive muita dificuldade e nunca tive muita afinidade, mas com a ajuda da Jacqueline Lisboa Reis e da Crisiane Vilas Boas Campos tudo ficou mais fácil e prazeroso.

2.3.1 Apresentação do local de estágio

O caso clínico foi realizado na Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), na disciplina de Clínica Integrada IV durante o 8º período, sendo realizado por mim, Leticia Maciel Garcia, com a supervisão de todos os professores de Clínica Integrada.

2.3.2 Desenvolvimento do Caso Clínico

Na data do dia 11 de abril de 2019, paciente do sexo masculino, melanoderma, 51 anos compareceu a Clínica Integrada de Odontologia do Unilavras apresentando como queixa principal: “tenho vergonha de sorrir, não consigo mastigar direito e sinto dor”. Durante a anamnese, foi descoberto que o paciente era diabético tipo II, hipertenso e fumante. O paciente relatou que fazia uso de insulina e Metformina para controle da glicemia, além de usar Losartana Potássica para o controle da hipertensão arterial.

Sabemos que a hipertensão acomete milhões de pessoas no mundo, e o Cirurgião-Dentista deve saber identificar essa doença. O emocional do paciente durante o atendimento odontológico interfere muito no valor da pressão arterial, se o paciente estiver nervoso provavelmente a pressão vai apresentar um valor mais alto e por motivos de segurança é bom cancelar o atendimento no dia. A hipertensão arterial interfere no uso de anestésicos e o Cirurgião-Dentista deve apresentar um maior cuidado em realizar procedimentos. Já a diabetes melito é uma doença metabólica crônica resultante da insuficiência absoluta ou parcial de insulina, o Cirurgião-Dentista deve ter informação suficiente para atender um paciente diabético, pois a cicatrização em processos cirúrgicos é um pouco comprometida, o

uso de anestésicos é diferente e deve-se fazer uma profilaxia medicamentosa antes de qualquer procedimento que tenha sangramento (CANEPPELE et al., 2011).

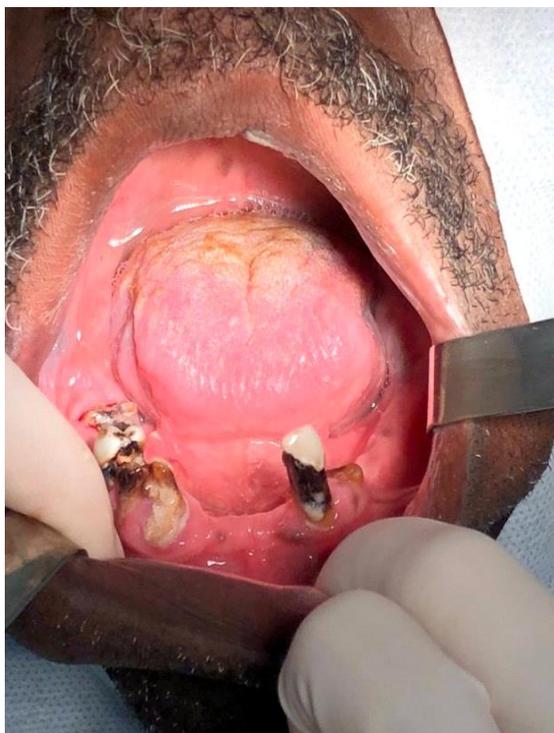
Ao realizar o exame clínico intraoral e o exame radiográfico (panorâmico), foi notado que o paciente possuía várias raízes radiculares (Figura 32 e 33), que era o principal fator das queixas do mesmo. Então, encaminhamos o paciente para a realização das exodontias dos restos radiculares.

Figura 32 - Raízes radiculares superiores.



Fonte: elaborada pela autora (2019)

Figura 33 - Raízes radiculares inferiores.



Fonte: elaborada pela autora (2019)

Um bom diagnóstico e um correto plano de tratamento é um dos maiores desafios que os Cirurgiões-Dentistas enfrentam no dia a dia de prática. As radiografias são exames que facilitam e completam esse processo, agregando grandes informações, e a radiografia panorâmica se destaca por ter uma grande área a mostra e apresentar pouca dose de radiação ao paciente. A radiografia panorâmica apresenta algumas vantagens: menor custo para o paciente, menor dose de radiação, maior área exposta em uma única incidência e com menor tempo de execução, além de servir para mostrar como era o aspecto do paciente antes do tratamento, ou até mesmo avaliar o resultado final. Mas como tudo tem prós e contras, a radiografia panorâmica não é diferente, a sua maior desvantagem é que as imagens não apresentam um detalhe das estruturas anatômicas tão preciso quanto nas radiografias periapicais (QUEIROZ et al., 2017).

Figura 34 - Radiografia panorâmica.



Fonte: elaborada pela autora (2019)

Como dito acima, o paciente possuía alguns problemas de saúde e o cuidado durante o ato cirúrgico deveria ser dobrado.

O cuidado com pacientes com hipertensão pouco controlada inclui o uso de um protocolo de redução de ansiedade e monitoramento de sinais vitais. Anestésicos locais contendo epinefrina devem ser usados com cautela; após a cirurgia, os pacientes devem ser aconselhados a procurar tratamento médico para hipertensão (HUPP; ELLIS III; TUCKER, 2015).

O diabetes melito é causado pela baixa produção de insulina, pela resistência dos receptores de insulina em dar fim aos efeitos da insulina nos órgãos ou por ambos. O diabetes é comumente dividido em diabetes dependente de insulina (tipo I) e diabetes não dependente de insulina (tipo II). Procedimentos cirúrgicos bucais ambulatoriais devem ser realizados no começo do dia, usando um programa de redução de ansiedade. Se a sedação intravenosa não está sendo usada, o paciente deve ser orientado a consumir uma refeição normal e a tomar a quantidade matinal usual de insulina regular e metade da dose de insulina com protamina neutra de Hagedorn (NPH) (HUPP; ELLIS III; TUCKER, 2015).

Em maio de 2019, o paciente foi submetido a cirurgia de extração das raízes residuais (Figura 35 e 36) e como o paciente possui problemas sistêmicos, foi indicado o uso de profilaxia antibiótica para prevenir uma infecção causada pela bacteremia durante o procedimento. Essa profilaxia antibiótica foi realizada com o uso de 2 gramas de Amoxicilina 1 hora antes do início da cirurgia (BRIGANTINI; MARQUES; GIMENES, 2016).

Figura 35 - Raízes logo após o ato cirúrgico



Fonte: elaborada pela autora (2019)

Figura 36 - Raízes radiculares superiores logo após o ato cirúrgico.



Fonte: elaborada pela autora (2019).

A profilaxia antibiótica é eficaz quando a sua administração é antes do procedimento cirúrgico, para que a concentração antibiótica adequada atinja a corrente sanguínea antes da abertura do campo operatório. A Amoxicilina foi o antibiótico de escolha para fazer a profilaxia antibiótica pois ela é bem absorvida por via oral, atinge boas concentrações séricas

e teciduais e pode ser usada em associação com um inibidor de betalactamase (BRIGANTINI; MARQUES; GIMENES, 2016).

Na semana seguinte das exodontias das raízes residuais, foi realizada a remoção das suturas e posteriormente a moldagem anatômica do arco superior e inferior com moldeiras de alumínio perfuradas e alginato. Segundo Telles (2011), o passo mais importante para uma correta técnica de moldagem anatômica é a seleção adequada da moldeira de estoque, as moldeiras para edentados devem possuir a bacia mais rasa e o cabo biangulado, permitindo assim um correto posicionamento sobre o rebordo sem deformar as inserções musculares.

Após a escolha da moldeira (Figura 37 e 38), a mesma deve ser individualizada na sua porção periférica usando cera periférica a fim de dar suporte ao alginato no espaço relativo ao fundo do vestibulo, diminuindo a ocorrência de bolhas e mantendo o material na posição correta até o momento da presa (TELLES, 2011).

Figura 37 - Moldeira de desdentado superior.



Fonte: Salvador et al. (2013)

Figura 38 - Moldeira de desdentado inferior.



Fonte: Salvador et al. (2013)

Devido a facilidade de manipulação, produzir menor deformação aos tecidos de revestimento do rebordo e apresenta uma alta qualidade na cópia, o hidrocolóide irreversível (alginato) é na maioria das vezes o material mais escolhido para esse tipo de moldagem (TELLES, 2011).

Depois de ter feito a moldagem anatômica seguindo todos os passos corretos, foi confeccionado moldeiras individuais com resina acrílica autopolimerizável a partir do modelo de estudo.

Telles (2011) explica no seu livro que as moldeiras individuais são confeccionadas prensando-se a resina acrílica na fase plástica entre duas placas de vidro, isoladas com vaselina, e com palitos de picolé nas extremidades para servir de controle da espessura, após esse procedimento, coloca-se a placa de resina acrílica em cima do modelo anatômico de gesso e mantenha a resina firme em posição até o momento da polimerização, fase rígida. Ao fim deste procedimento é feito o acabamento utilizando brocas e lixas e é colocado um cabo feito com a própria resina acrílica para facilitar no momento da moldagem.

Contendo as moldeiras individuais prontas (Figura 39 e 40), partimos para o próximo passo, que é a moldagem funcional.

Figura 39 - Moldeira individual superior.



Fonte: Salvador et al. (2013)

Figura 40 - Moldeira individual inferior.



Fonte: Salvador et al. (2013)

A moldagem funcional é realizada através das moldeiras individuais confeccionadas a partir do modelo anatômico do paciente, o principal objetivo de realizar a moldagem funcional com as moldeiras individuais é determinar o limite da área chapeável de acordo com a anatomia presente na cavidade oral do paciente (TELLES, 2011). Esse tipo de moldagem é realizado através de materiais de consistência regulares ou leve, tipo pasta zinco – enólica, silicona ou poliésteres (SALVADOR et al., 2013).

Finalizado a parte das moldagens, partimos para a confecção dos planos de orientação e determinação da dimensão vertical. Segundo Salvador et al. (2013) os planos de orientações são muralhas de cera adaptáveis sobre as chapas de prova, onde vai registrar diferentes

relações intermaxilares, os parâmetros estéticos e funcionais e as linhas de referências que auxiliam na escolha e na montagem dos dentes artificiais.

Escanhuela, Lopes e Pinto (2000) afirmam que há diversos fatores necessários para que uma prótese total seja confeccionada com sucesso e que suas funções sejam satisfatórias, tanto para o paciente quanto para o profissional, e para isso ocorrer, uma das etapas que mais merece atenção do profissional durante a confecção da prótese total é a obtenção de uma dimensão vertical de oclusão correta.

Para dar início a confecção dos planos de orientação é imprescindível a confecção da chapa de prova. Salvador et al. (2013) diz no seu livro que a chapa de prova é a base provisória para a futura prótese total e que é de grande importância no registro das relações intermaxilares do indivíduo e também para a montagem dos dentes artificiais. Deve manter bem adaptada na boca do paciente para que, durante a tomada das relações, reduza o mínimo de erros possíveis (Figura 41).

Figura 41 - Chapa de prova.



Fonte: elaborada pela autora (2019)

O registro intermaxilar foi realizado com o auxílio de uma régua Fox que permite estabelecer uma relação provisória entre os maxilares desdentados, foi utilizado também o compasso de Willis que ajuda a estabelecer a DVR (dimensão vertical de repouso) e DVO (dimensão vertical de oclusão). Durante a tomada de medidas, é importante manter o paciente com a cabeça firme para que não haja distorções durante o registro (SIEBRA et al., 2017).

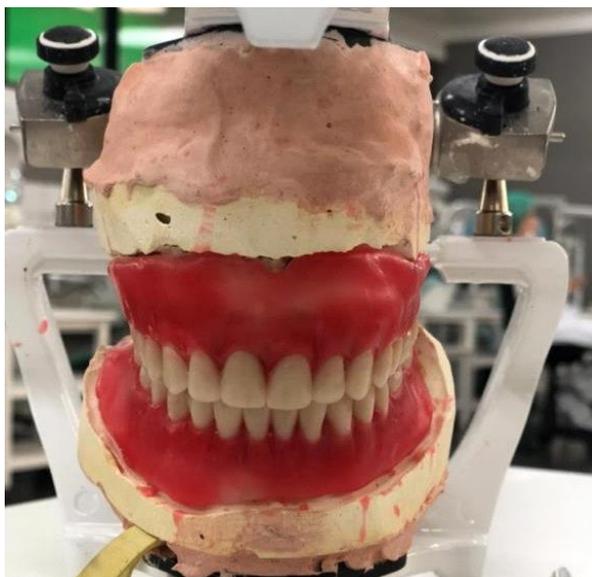
Após finalizar todas as etapas de confecção dos planos de orientação e determinação da dimensão vertical, partimos então para a montagem dos modelos em um articulador. Segundo Salvador et al. (2013) o articulador é um aparelho que tem função de fixar os modelos, registrar as relações intermaxilares, o eixo de rotação da mandíbula, o movimento percorrido nas três dimensões e reproduzir movimentos mandibulares de interesse do protético.

Siebra et al. (2017) afirma em seu artigo que o uso do arco fácil na montagem em articulador semi-ajustável é uma parte importante na confecção da prótese, principalmente quando o paciente é desdentado total. A montagem em ASA permite que os registros intermaxilares fiquem mais precisos. O articulador semi-ajustável possui vantagens excelentes em relação aos outros tipos articuladores, pois ele pode alcançar alto grau de capacidade, reprodução dos movimentos satisfatória e relações dentais bem estabelecidas (SIEBRA et al., 2017).

Após idas e vindas do paciente na clínica, chegou o dia de fazer a escolher dos dentes artificiais, foi um momento onde eu precisei estar atenta a vários fatores, observar cores, formatos e tamanhos para conseguir deixar a prótese total o mais natural possível. A seleção dos dentes artificiais é um momento muito importante e de grande conhecimento do cirurgião dentista, pois a estética em prótese total é um assunto que envolve vários fatores que em conjunto proporcionam uma harmonia com o restante da face (CASTRO JÚNIOR; HVANOV; FRIGERIO, 2000).

Depois de fazer a escolha dos dentes artificiais com todo cuidado e carinho, foi enviado para o laboratório fazer a montagem dos dentes artificiais na base de prova para em uma próxima consulta o paciente fazer a prova em boca e dar sua opinião sobre a cor, o formato e o tamanho dos dentes (Figura 42 e 43).

Figura 42 - Prova dos dentes artificiais.



Fonte: elaborada pela autora (2019).

Figura 43 - Prova dos dentes artificiais na boca do paciente.



Fonte: elaborada pela autora (2019).

Felizmente o paciente ficou extremamente satisfeito com os dentes artificiais que foram escolhidos, relatou que estava se sentindo mais jovem, feliz e que estava muito ansioso para o grande dia da entrega final da prótese total. Com o aval do paciente, a prova dos dentes artificiais foi encaminhada para o laboratório para fazer a acrilização, caracterização, polimerização, acabamento e assim entregar as próteses totais prontas e bem bonitas para deixar o paciente satisfeito.

Figura 44 - Prótese total superior finalizada.



Fonte: elaborada pela autora (2019)

Figura 45 - Prótese total inferior finalizada.



Fonte: elaborada pela autora (2019).

Figura 46 - Prótese total superior e inferior finalizadas.

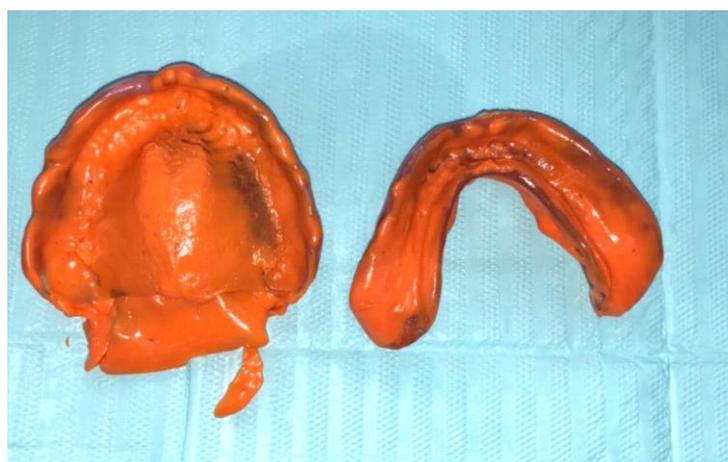


Fonte: elaborada pela autora (2019).

Com as próteses finalizadas em mãos, o paciente foi chamado até a clínica para a possível entrega e finalização de todo o procedimento, porém as mesmas não se adaptaram corretamente e foi necessário fazer o reembasamento final (Figura 47) para mandar para o laboratório novamente para melhorar na acrilização.

Goiato et al. (2018) acredita que o reembasamento das próteses totais com materiais resilientes compensa a perda de espessura do tecido ósseo, melhorando a adaptação e retardando o processo de reabsorção óssea, o reembasamento é utilizado para diminuir a sensação de desconforto durante o uso da prótese.

Figura 47 - Reembasamento final.



Fonte: elaborada pela autora (2019).

Na semana seguinte, a prótese já estava pronta para ser entregue ao paciente. Muita ansiedade tanto da minha parte e da parte dele para ver o resultado final de todo o procedimento. O paciente chegou até a clínica e fomos novamente fazer a prova das próteses,

e o resultado foi fantástico, as próteses finalmente estavam finalizadas e prontas para a adaptação do paciente.

Sabemos que a reabilitação com próteses totais tem por função restaurar a mastigação, função, fonética, a aparência, e acima de tudo, a auto estima do paciente. Na instalação, a prótese total será ajustada aos tecidos de suporte, favorecendo a retenção, a estabilidade, e o conforto (BARBOSA et al., 2006).

Antes de fazer a introdução das novas próteses na cavidade oral do paciente, deve – se observar se não há presenças de bolhas positivas de resina no interior da prótese e de superfícies irregulares ou bordas cortantes que podem lesionar a mucosa, além disso é importante observar a avaliação de freios e bridas, avaliação da oclusão, avaliação de estética e fonética, realizar testes de retenção, estabilidade e suporte e fazer uma boa instrução ao paciente (BARBOSA et al., 2006).

Barbosa et al. (2006) abordam em seu artigo que as instalações das próteses não significam apenas o ato de introduzi-las na boca do paciente, mas também em orientá-lo e motivá-lo quanto ao uso e a higienização das mesmas e dos tecidos da cavidade bucal.

Após entregar e realizar todas as explicações necessárias de uso e higienização das próteses totais para o paciente, foi marcado em uma próxima semana uma consulta de controle posterior para poder observar se a adaptação estava correta, se houve alguma lesão na boca do paciente e o principal, para saber se ele estava conseguindo fazer o uso contínuo das próteses.

Segundo Barbosa et al. (2006) o tratamento reabilitador com próteses totais será concluído somente após a realização dos controles posteriores, esse período pós instalação é considerado crucial, pois, na maioria das vezes, a percepção do paciente quanto ao sucesso de suas próteses ocorre durante a fase de adaptação.

Devido ao início da pandemia do COVID- 19, foi impossível o encontro com o paciente para fazer a fotografia final.

2.4 Apresentação do caso clínico de Odontogeriatría: Petsire D’Lua Nascimento

Meu nome é Petsire D’Lua Nascimento. Sou natural de Lavras, apesar de ter passado grande parte da minha vida crescendo em uma cidadezinha bem pequena, de nome Heliodora. Nos mudamos pra Lavras novamente, quando eu ainda tinha uns 12 anos, onde desde então, permaneci.

Estudei em um colégio militar durante o ensino médio, me formei e veio a grande dúvida: e agora? O que me levou a crer que eu gostaria de fazer Letras, por aptidões de ensino médio. Estava enganada. Mudei logo de ideia após um procedimento de extração de sisos no qual fui submetida, pouco antes de sair do ensino médio, me dando uma visão fascinante da área, mesmo que como paciente.

Em seguida, fiz o vestibular do UNILAVRAS para o curso de Odontologia, no qual passei em 6º lugar, e ingressei na faculdade. Apesar de ser um ambiente um tanto quanto diferente de tudo que eu havia passado até ali, foi algo de fácil adaptação. Conheci de fato o curso de Odontologia e me encantei logo de cara com a gama de possibilidades que o curso trazia. Tive inúmeras experiências neste período que de fato agregaram muito na boa profissional que estou batalhando dia após dia para me tornar.

No decorrer do primeiro semestre, tivemos a disciplina de Estágio Supervisionado I, com a professora Márcia de Fátima Soares, no qual fomos para o Lar Augusto Silva.

2.4.1 Apresentação do local de estágio

O Lar Augusto Silva consiste em uma instituição, na qual é administrada pela Congregação das Irmãs Auxiliares de Nossa Senhora da Piedade, uma associação civil, sem fins lucrativos e de caráter beneficente. Visa promover proteção integral e a assistência a idosos em situação de vulnerabilidade, negligência ou risco social, abrigando hoje, cerca de 75 idosos, de diferentes graus de dependência e cuidados (Figuras 48 e 49).

Figura 48 - Fachada da casa de repouso Lar Augusto Silva.



Fonte: disponível em <https://www.lavras24horas.com.br/portal/wp-content/uploads/2018/08/asilo-e1498827917495.jpg>.

Figura 49 - Dependências internas do Lar Augusto Silva.



Fonte: disponível em

http://www.irmabenigna.org.br/site/images/Lar_Augusto_Silva/viagem_lavras_22.01.09%20032.jpg.

Nosso papel dentro da instituição, enquanto estagiários do primeiro período de Odontologia, eram as condutas de higiene oral dos idosos, entretanto, a maioria deles eram desdentados, um quadro muito comum em indivíduos com idade mais avançadas e de condições financeiras mais baixas, assim como os que ali viviam, como afirma Maia et al. (2020), através de uma pesquisa de campo na qual “constatou alta prevalência de edentulismo associado a fatores socioeconômicos, o que comprova a desigualdade em saúde bucal entre idosos”.

2.4.2 Desenvolvimento do Caso Clínico

Como dito, ao início do primeiro período, nos foi proposto estágios neste lar de idosos, um projeto chamado “Calouro-Humano”, desenvolvido com intuito de induzir maior compaixão para com as pessoas que nós viríamos a atender durante nossa vida profissional dali em diante.

Logo no primeiro dia, um pouco insegura por inexperiência, iniciamos as higienizações bucais dos idosos. Utilizávamos gaze, enxaguante bucal, escovas de dente individuais, creme dental, copos descartáveis, fio dental e toalhas de papel absorvente. Realizávamos a higienização exatamente onde os idosos estivessem, uma vez que a maioria deles tinham uma certa dificuldade de locomoção devido à idade. Trabalhávamos em grupos, escalados semanalmente, divididos por alas feminina e masculina (Figura 50).

Figura 50 - Grupo de estágio supervisionado e professora Márcia de Fátima Soares.



Fonte: da autora (2016)

Lidando com geriatria, torna-se válido enaltecer alguns conceitos, tais como senescência e senilidade. Para Ciosak (2011, p.3):

De um lado, o envelhecer como um processo progressivo de diminuição de reserva funcional – a senescência – e, do outro, o desenvolvimento de uma condição patológica por estresse emocional, acidente ou doenças – a senilidade.

Logo, subintende-se que, “senescência” consiste no envelhecer como um processo fisiológico natural, de forma saudável, enquanto senilidade, parte do pressuposto de envelhecimento patológico, a partir de algum grau de alteração em um ou mais órgãos ou sistemas.

Mas o que nos pautava, enquanto estagiários, para contribuímos no envelhecimento saudável daquele idosos?

Todos os procedimentos eram supervisionados e instruídos pela professora Márcia de Fátima Soares, responsável pela disciplina. Mas havia uma coisa que não precisava da menor instrução, era nitidamente perceptível que o que os idosos viam ali, não eram simplesmente

peças da área da saúde, mas sim uma imagem projetada de alguém que os daria atenção, cuidado e carinho.

Segundo Oliveira et al. (2020, p. 7), “evidências científicas mostram que idosos solitários apresentam mais sintomas depressivos, e a solidão está associada a um sentimento de vazio e emoções negativas. Assim, a relação entre essas variáveis é que a solidão é considerada um alto fator de risco para sintomas depressivos e, portanto, para depressão”, o que justifica a projeção de carência deles em nós, já que muitos ali sequer condicionam um vínculo com os familiares, promovendo uma certa sensação de solidão e abandono, ainda que bem cuidados e amados pelas pessoas que ali trabalham.

Diante das circunstâncias, cabia a nós, sermos empáticos, o que nos fazia usufruir do tempo com eles não só para a realização da conduta profissional, mas da conduta humana, de ouvir com compaixão, uma vez que contar histórias era o passatempo preferido deles.

Em um primeiro momento, o cenário parecia triste, principalmente por serem eles numerosos, todos com histórias similares e comoventes, mas era algo que nos fazia bem. Nos fazia bem ver o bem do outro, sermos nós os ouvidos que eles tanto almejavam. Nós, enquanto calouros, não sabíamos o potencial que tínhamos diante da situação, ficávamos apreensivos por não estamos há muito tempo dentro da área odontológica, quando na verdade, esse projeto era para que fizéssemos algo que sabíamos desde que nascemos: ouvir, sentir, mudar.

Além do caráter humano dos estágios, algo que nos motivava nos trabalhos para com os idosos, era o aperfeiçoamento na qualidade de vida que podíamos proporcionar para os mesmos, fazendo com que ocorressem melhorias na alimentação e conseqüentemente, promovendo saúde em geral.

Tendo em vista que a maior parte dos idosos que residiam na casa de repouso se encontravam edêntulos total ou parcial, a prevenção já não era vista como única opção de conduta. Segundo Banerjee et al. (2018, p. 563) “a perda dentária extensa reduz o desempenho da mastigação e afeta a escolha dos alimentos, levando à desnutrição. ”, logo, afirma-se a necessidade de uma reabilitação oral dos pacientes geriátricos, viabilizando assim, o não comprometimento de todo o processo digestivo.

A reabilitação oral em idosos, além de favorecer as funções mastigatórias, e conseqüentemente, suprir necessidades nutricionais, também possui uma influência crucial no âmbito social e psicológico do indivíduo, podendo intervir diretamente na autoestima do mesmo. “Conforme afirmado por Nordenram et al. em relação à aparência facial, os indivíduos edêntulos vivem em constante estado de ansiedade e, em alguns casos, de

autorrecriação por negligenciar sua saúde bucal no passado e também se preocupam com a percepção dos outros.” (NORDENRAM citado por ALVES et al., 2018).

Esse desequilíbrio no contexto de “qualidade de vida”, termo definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) à "percepção de um indivíduo sobre sua posição na vida no contexto cultural e nos valores dos sistemas em que vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações", tem o poder de excluir idosos do contexto social, reafirmando, portanto, a importância da atenção à saúde bucal dos pacientes geriátricos.

Em contrapartida, as próteses dentárias em idosos, podem se tornar um pesadelo quando usadas de forma contínua e sob higiene inadequada, causando tipos diversos de estomatites protéticas. Freire et al. (2018, p. 8) exprime:

Hábitos insatisfatórios de higienização das próteses podem estar relacionados ao conhecimento e/ou orientações insuficientes dos profissionais aos seus pacientes.

Logo, visualiza-se a importância do trabalho destinado a nós, estagiários, de conscientização dos idosos através de orientações de higiene oral em indivíduos sem limitações cognitivas e motoras, e as higienizações sucedidas por estagiários, quando os idosos possuíam restrições para realizá-las com total autonomia, sejam elas psíquicas ou físicas.

As escovações que fazíamos eram realizadas em idosos já reabilitados proteticamente e também nos que ainda não haviam passado pelo processo de reabilitação oral, sendo eles edêntulos totais ou parciais, e após a autorização do mesmo, independente das suas limitações.

O termo autonomia submete-se ao ato de agir por si só. Entretanto, considerando as alterações fisiológicas advinda do processo de envelhecimento, indivíduos da terceira idade tendem a desenvolver limitações conforme o passar dos anos, porém, exprimem certa recusa ao substituir hábitos comumente realizados de forma independente, ainda que seja a conduta ideal para favorecer a saúde bucal. Conforme afirma Veras (2020, p.3):

Embora independência e autonomia estejam intimamente relacionadas, são conceitos diferentes. Existem aqueles que são fisicamente dependentes, mas que podem decidir sobre as atividades que lhes interessam. Em contrapartida, existem aqueles que possuem capacidade física para realizar determinadas tarefas diárias, mas não conseguem decidir com segurança como, quando e onde realizá-las.

Enquanto estagiários, víamos nitidamente o desconforto dos idosos ao permitirem que nós fizéssemos uma tarefa que para eles era considerada simples e rotineira, principalmente no que diz respeito aos indivíduos que já não se encontravam lúcidos. Todavia, insistíamos na realização das higienizações de forma sutil, através do diálogo que nos fizesse ganhar a confiança deles, o que infelizmente não era eficaz com todos que ali residiam, pois alguns permaneciam-se irredutíveis.

Outro ponto importante no acompanhamento odontológico da saúde bucal entre pacientes da terceira idade é levar em consideração as alterações fisiológicas bucais normais, decorrentes do envelhecimento, tais como: redução da capacidade gustativa, alteração das glândulas salivares/ xerostomia, alteração no periodonto e nos dentes.

As alterações bucais também podem estar associadas à interação medicamentosa feita pelo paciente, uma vez que grande parte dos idosos fazem uso de diversos fármacos decorrente de problemas de saúde. Um exemplo simples de contribuinte para o quadro de xerostomia, termo usado para contextualizar a diminuição de secreção salivar, são as medicações para hipertensão, depressão, ansiolíticos, anticolinérgicos e anti-histamínicos, como citado por Rosa et al. (2008).

Ao término do primeiro período, cessaram-se os estágios no asilo, a matéria de Estágio Supervisionado e as visitas, mas ainda assim, era como se eu ainda não tivesse tirado proveito de tudo aquilo, não o suficiente, o que me fez querer voltar.

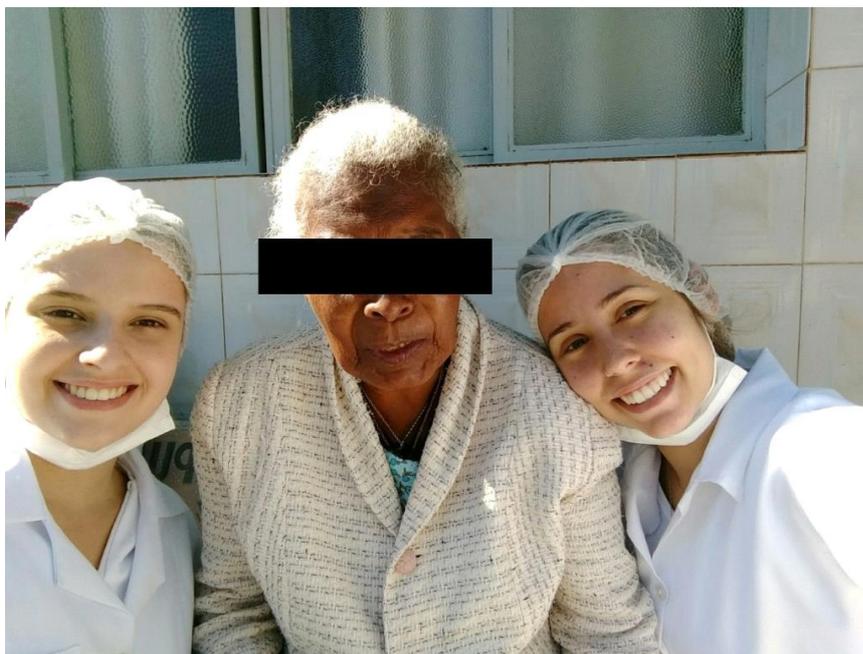
Durante as férias, pedi a professora Márcia de Fátima Soares que me deixasse retomar as atividades que realizávamos na matéria de estágio. Estava apaixonada pelo trabalho, pela sensação de ser útil, por poder ajudar ainda que não soubesse tanto sobre a área que eu estava ingressando, o que felizmente, ela permitiu. Passei a ir toda semana, com uma colega de turma, Ana Luísa Tavares Barral. Éramos somente nós duas, fazendo higienização bucal de cerca de 54 idosos, o que foi um trabalho complicado, mas extremamente gratificante (Figuras 51, 52, 53 e 54).

Figura 51 - Registro feito durante estágio nas férias escolares de 2017.



Fonte: elaborado pela autora (2017)

Figura 52 - Registro feito durante estágio nas férias escolares de 2017.



Fonte: elaborado pela autora (2017)

Figura 53 - Registro feito durante estágio nas férias escolares de 2017.



Fonte: elaborado pela autora (2017)

Figura 54 - Registro feito durante estágio nas férias escolares de 2017.



Fonte: elaborado pela autora (2017)

Ainda que fossemos somente estagiárias, os pacientes que ali residiam nos acolhiam com demasiado afeto, tanto pelo conhecimento que passávamos enquanto “dentistas”, quanto pelo zelo que tínhamos para com eles.

Ainda não tínhamos títulos ou CRO, mas a atenção que dávamos a eles no âmbito profissional, enquanto cuidávamos da saúde bucal deles, e o carinho que tínhamos ao ouvir as

histórias, era o suficiente para que eles nos vissem como bons profissionais. Para Mota, Farias e Santos (2012, p. 156):

Os pacientes almejam que um dentista ideal seja um profissional com habilidades técnicas, mas, sobretudo, que tenham um contato humanizado e acolhedor com o paciente, independentemente do gênero do profissional.

O que nos conduz a pensarmos sobre a abordagem como profissionais da saúde, que possuem o convívio como algo indispensável para realização do nosso trabalho de forma empática, cordial e agradável.

Logo, findamos que, a Odontogeriatrics, uma área recentemente explorada da odontologia, além de sua necessidade de conhecimentos técnicos e profissionais específicos, abrange o acautelamento do paciente idoso, paciência e empatia do profissional no que tange o mesmo e principalmente, carinho para com alguém de demasiada bagagem de vida.

2.5 Apresentação do caso clínico de Cirurgia: Thais Helena Tavares

Desde pequena sempre admirei e prestigiei muito a profissão do cirurgião dentista, sempre atenta e curiosa tive meu primeiro contato memorável com o consultório odontológico em um tratamento ortodôntico e posteriormente já aos 17 anos trabalhei atuando em contato direto com um dentista. A partir desse momento tive certeza de que a Odontologia seria minha escolha.

Em fevereiro de 2016 ingressei no curso de Odontologia da UNILAVRAS – Centro Universitário de Lavras, me mudei da minha cidade natal, Elói Mendes para Lavras. Ainda em março do mesmo ano fui contemplada com bolsa parcial de estudos que junto ao apoio fundamental dos meus pais pude iniciar minha trajetória com entusiasmo e dedicação.

2.5.1 Apresentação do local do estágio

O caso clínico relatado foi realizado no Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), no 8º período e no 9º período em 2019 e 2020, realizado por mim, Thais Helena Tavares, mediante a orientação e supervisão do Prof. Dr. Norberto Junior e Prof. Dr. Bruno Henrique Matos.

2.5.2 Desenvolvimento do Caso Clínico

Paciente do sexo masculino, 17 anos de idade compareceu a clínica de Odontologia da UNILAVRAS como acompanhante do seu irmão mais novo que estava realizando um tratamento na Clínica Infantil III, durante a consulta em um momento oportuno, o responsável me questionou dizendo que tinha dois dentes que nasceram no palato.

Após realizar a anamnese acurada foi possível constatar que o paciente não tinha nenhuma alteração sistêmica e estava apto para qualquer tipo de tratamento odontológico.

De acordo com Soares et al. (2015) a anamnese é de extrema importância, não somente para ter conhecimentos básicos sobre o paciente, como seus aspectos físicos e limitações, mas também para saber sobre seu histórico familiar, psicológico, suas ansiedades e medos. Através da colaboração profissional com respeito, interesse, autenticidade e compreensão empática há uma abordagem biopsicossocial em que temos o cuidado com todas as necessidades do paciente, sendo físicas ou psicológicas.

Clinicamente foi possível observar que o paciente apresenta na análise facial um Padrão I (Figura 55 e 56), ou seja, não possuía problemas esqueléticos e sim uma harmonia no posicionamento da maxila e mandíbula.

Figura 55 - Foto de perfil.



Fonte: próprio autor. Out 2019

Figura 56 - Foto de frente.



Fonte: próprio autor. Out 2019

Ao avaliar a situação intrabucal pode-se observar que o paciente apresentava uma relação molar de Classe II e uma relação de canino de Classe I (Figura 57 e 58).

Figura 57 - Oclusão lado esquerdo.



Fonte: próprio autor. Out 2019

Figura 58 - Oclusão lado direito.



Fonte: próprio autor. Out 2019

Isto denotava que o paciente poderia já ter realizado algum tipo de tratamento ortodôntico com a extração apenas dos pré-molares superiores, onde ao final do tratamento a relação molar se encontra de Classe II e os caninos em Classe I, porém (Figura 59) com as guias de canino correta. Entretanto paciente relatou em consulta inicial que nunca havia utilizado algum tipo de aparelho ortodôntico.

Figura 59 - Fotografia oclusão frontal.



Fonte: próprio autor. Out 2019

Ao continuarmos avaliação por oclusal observou-se que os elementos 15 e 25 se encontravam irrompidos por fora do rebordo do arco superior e da oclusão (Figura 60) se posicionando inteiramente no palato como se esses dentes não existissem. Isto, para nossa surpresa, seria como se a “natureza” tivesse ajustado a oclusão do paciente sem a necessidade do uso de aparelhagem fixa. Tanto que o rebordo do arco inferior também possuía um alinhamento dental adequado com todos dentes dentro do rebordo do arco inferior (Figura 61). Sendo assim paciente apresentava uma oclusão mutuamente protegida, porém com dois pré-molares superiores irrompidos no palato.

Figura 60 - Rebordo do arco superior.



Fonte: próprio autor. Out 2019

Figura 61 - Rebordo do arco inferior.



Fonte: próprio autor. Out 2019

O exame radiográfico de escolha para esse caso foi a radiografia panorâmica (Figura 62) pois assim é possível ter uma visualização ampla e ela mostrou dentre várias outras situações a presença dos terceiros molares impactados e o segundo molar inferior direito em infra oclusão devido a impactação com o terceiro molar.

Figura 62 - Exame radiográfico - Panorâmica, para avaliação dos terceiros molares e do elemento 47.



Fonte: próprio autor. Out 2019

Os terceiros molares geralmente entram em erupção entre 17 e 21 anos de idade. De acordo com Tassoker (2019) a necessidade ou não de realizar a extração é um assunto abrangentemente discutido e um dos principais fatores para essa tomada de decisão são os efeitos nocivos causados nos molares adjacentes como a reabsorção externa (ERR) do dente vizinho ou cárie dentária no próprio terceiro molar devido não permitir uma higienização eficiente. Esse tipo de reabsorção surge devido à pressão do dente impactado e essa pressão causa inflamação e desencadeia a reabsorção via células clásticas, esse fenômeno importante foi notado no exame radiográfico na distal do elemento 46, também decorrente da impactação causada pelo elemento 48 (LACERDA-SANTOS et al., 2018).

A posição de acordo com a classificação de Winter, Pell e Gregory:

- Elemento 38 Horizontal, Classe III, Posição C
- Elemento 28 Vertical, Posição C
- Elemento 48 Horizontal, Classe III, Posição C
- Elemento 18 Vertical, Posição C

Cronologicamente os pré-molares iniciam seu processo de erupção por volta dos 10 a 12 anos subsequente a eles temos o canino 11 a 12 anos e o segundo molar permanente 12 a 13 anos. Devido a essa ordem cronológica e a outros fatores o canino, depois dos terceiros molares, são os dentes com maior prevalência se apresentarem fora da posição normal pois são os últimos dentes a irromper durante o segundo período transitório. E sendo assim,

quando ocorre uma falta de espaço no arco para o alinhamento dos dentes são os caninos que se apresentam apinhados e fora do rebordo alveolar (JASON et al., 2013). Curiosamente, como demonstrando anteriormente, neste caso em específico o paciente apresentou uma troca do dente a ser irrompido fora de posição. Ocorreu a erupção correta dos caninos e os primeiros pré-molares que ficaram fora do rebordo alveolar, como se a “natureza” estivesse resolvendo o problema do arco superior eliminando os dois primeiros pré-molares do arco e os posicionando no palato.

Ao avaliarmos os tipos de tratamento ortodôntico realizados em pacientes que apresentam Padrão I, Classe II com falta de espaço para dos dentes no arco superior, percebemos que grande parte dos casos são realizados com extração dos primeiros pré-molares. Essa opção de tratamento atualmente é bem aceita e traz ótimos resultados quando o diagnóstico detalhado mostra que as extrações não irão promover efeitos colaterais, principalmente na face do paciente. Então para estes casos devemos levar em consideração as indicações e contraindicações das extrações e, principalmente, analisar o tipo de má oclusão, o perfil do paciente, a forma e posição do dente para elaborar um plano de tratamento eficiente e seguro (SCHROEDER et al., 2011).

Para determinar as extrações dentárias que devam ser realizadas seja para conquistar espaço no arco para o correto alinhamento dos dentes ou seja para suprir a necessidade de retração dos dentes anteriores e promover uma alteração da estética facial, deve-se estudar e planejar criteriosamente quais dentes devam ser extraídos para não promover efeitos colaterais indesejados na oclusão ou na face do paciente (MOYERS, 1991).

É possível encontrar na literatura vários exemplos de casos clínicos de pacientes que nesta mesma circunstância clínica possuem o canino impactado, porque são os últimos dentes a erupcionar e muitas vezes não encontram espaço suficiente para erupção; ou ainda devido uma perda precoce de um dente decíduo seguido de perda de espaço para o dente permanente; retenção prolongada de caninos decíduos; e tecido gengival fibroso excessivo, que também pode ter cistos de erupção. Além disso, a própria rotações pré-molares também podem levar à obstrução da via de erupção canino (SCHROEDER et al., 2019).

Segundo Schroeder et al. (2019), o tratamento nesses casos pode ser realizado de várias maneiras: extração de caninos decíduos e primeiros pré-molares; aumento de espaço na região do arco próximo à impactação; extração de caninos decíduos com ou sem uso de aparelho extraoral; extração do primeiro pré-molar como parte da extração serial; e extração do incisivo lateral com formato anormal.

Com base na citação realizada acima, pode se enaltecer ainda mais a grandiosidade e a sorte que o paciente em questão teve, facilmente ele se encaixaria nesse quadro clínico de impaction dos caninos e o tratamento para o mesmo é delicado e depende de um tratamento ortodôntico com aparelhagem fixa e em alguns casos até de procedimentos cirúrgicos para obter sucesso no tratamento. Enquanto na realidade este caso dispensa-se o tratamento convencional ortodôntico podendo ser resolvido apenas com as extrações cirúrgicas, removendo aqueles dentes que naturalmente foram excluídos do arco superior. Sendo assim o tratamento eleito para o paciente em questão foi a extração cirúrgica dos segundos pré-molares superiores e dos terceiros molares até mesmo na tentativa de liberar o espaço para erupção do segundo molar inferior direito (ARAÚJO; CALDAS, 2019).

Em todos os procedimentos cirúrgicos foram prescritos profilaxia Antibiótica, com duas cápsulas de Amoxicilina 500mg. De acordo com Souza et al. (2016) o tratamento profilático deve ser restrito a procedimentos que aumentem o risco de bacteremia, tais como extrações e dois comprimidos de Dexametasona 4 mg uma hora antes do procedimento. Segundo Mayrink, Nicolai, Aboumradi Júnior (2018) a utilização de um corticoide de forma pré-operatória se justifica pelas suas características em relação a diminuição do edema, trismo e, em menor escala, a dor no pós-operatório de exodontia de terceiros molares. Esse uso é bastante conhecido e relatado em estudos que avaliaram a sua capacidade de diminuir o edema após extração dos terceiros molares, e reportaram eficiente diminuição do inchaço, comparado a outros tipos de medicamentos para esse fim.

A sequência clínica para a realização das exodontias dos elementos indicados à extração é, respectivamente: a paramentação, com intuito de criar uma cadeia asséptica para a cirurgia ser realizada, a antisepsia intra oral com bochecho de Clorexidina 0,12%, antisepsia extra oral com Clorexidina a 2% passando ao redor da boca da paciente com auxílio de pinça Collin e uma gaze e a anestesia realizada com Lidocaína 2% e Epinefrina 1:100.000. Realizadas as técnicas anestésicas, Alveolar Superior Posterior (anestesia nervo alveolar superior posterior), Infra-orbital (anestesia o nervo alveolar superior médio), Palatina Posterior (anestesia nervo palatino maior), nos elementos superiores e Pterigomandibular nos elementos inferiores (anestesia nervo alveolar inferior, nervo milo-hióideo e nervo lingual).

Nos elementos 18 e 28 foi realizada diérese com incisão simples na região do rebordo alveolar com lâmina de bisturi número 15, divulsão com o descolamento do tecido ao redor da coroa dos elementos com o auxílio de descoladores de Free e de Molt e espátula 7. Em seguida exérese que são manobras para remover o dente, que nestes elementos superiores foi realizado com o auxílio de alavancas proporcionando a luxação posterior exodontia dos

mesmos. A seguir foi realizada limpeza do alvéolo com soro fisiológico, em seguida a curetagem com intuito de formação do coágulo que é responsável pela cicatrização, prevenção de infecções para evitar complicações como a alveolite. E por fim a síntese, que são manobras para manter reposicionadas as estruturas rompidas durante o ato operatório com uma sutura em “X” em cada alvéolo com auxílio de porta agulha e fio de sutura seda 5.0.

Nos elementos 15 e 25 foi realizada diérese com incisão intra-sucular ao redor do dente e no palato estendendo-se aos elementos adjacentes primeiro pré-molar e canino superior com lâmina de bisturi número 15 a divulsão com o descolamento de todo o palato com o auxílio de descoladores de Free e de Molt e espátula 7. Em seguida exérese, que nestes elementos foi realizado com o auxílio de alavancas de maneira atraumática com intuito de causar o mínimo de danos possíveis aos elementos adjacentes. A seguir foi realizada limpeza do alvéolo com soro fisiológico, para posterior curetagem com intuito de formação do coágulo. E por fim a síntese, onde também foi realizada uma sutura em “X” com fio de sutura seda 5.0.

Após realizar a exodontia dos elementos 15 e 25 foi possível observar a presença de lesões de cárie ativa com cavitação (Figura 63) nos elementos adjacentes resultantes da má posição dentária que impossibilitava a higienização adequada da região.

Figura 63 - Imagem após quinze dias do procedimento realizado.



Fonte: próprio autor. Novembro de 2019.

No elemento 48 foi realizado: diérese com incisão simples no rebordo alveolar respeitando a anatomia com cuidado para não lesionar nervo lingual, como o elemento 47 não havia erupcionado a incisão com bisturi número 15 estendeu por toda a sua coroa para melhorar o campo de visão e operatório. Foi feita divulsão com o descolamento do tecido ao redor dos elementos com o auxílio de descoladores de Free e de Molt e espátula 7 expondo o tecido ósseo. Em seguida foi realizada primeiramente a osteotomia de distal para vestibular com alta rotação e broca 702 formando uma canaleta e liberando a coroa do elemento. Em seguida odontosseção com alta rotação e broca 702 com intuito de remover a parte coronária que se encontrava impactada na distal do segundo molar, liberando espaço para luxação e remoção da raiz. A seguir foi realizada a limpeza do alvéolo com soro fisiológico, para posterior curetagem com intuito de formação do coágulo. Foi feita uma sutura simples em cada incisão relaxante e uma sutura em “X” no alvéolo com auxílio de porta agulha e fio de sutura seda 5.0.

A exodontia que seria realizada no elemento 38 e as restaurações dos elementos adjacentes ainda não foram realizadas devido à pandemia.

A seguir estão demonstradas as datas das realizações das exodontias:

- 08/11/2019–Exodontia dos Elemento 18 e 15.
- 22/11/2019–Exodontia dos Elemento 28 e 25.
- 12/03/2020–Exodontia do Elemento 48.
- Exodontia do Elemento 38 não foi realizada.

Foram mantidos após os procedimentos a Amoxicilina 500mg de oito em oito horas durante sete dias, a Dexametasona 4mg de oito em oito horas durante dois dias e por fim Dipirona Monoidratada de quatro em quatro horas por até três dias em caso de dor. Foi recomendado o pós-operatório, com alimentação líquida e pastosa, fria, sem esforço físico, sem consumo de álcool, sem fumo, sem fazer bochecho, sem tomar sol e recomendado ao paciente repouso e colocação de compressa de gelo no local.

Após as extrações dos segundos pré-molares superiores e dos terceiros molares o paciente deverá continuar o acompanhamento para observar os ajustes naturais que irão ocorrer na oclusão e se será necessário algum tipo de intervenção ortodôntica, principalmente o tracionamento do segundo molar inferior direito, caso contrário podemos considerar que apenas as extrações cirúrgicas foram suficientes para solucionar o caso dispensando o uso de aparelhos ortodônticos.

Infelizmente devido a pandemia ocasionada pelo COVID -19 os atendimentos realizados no UNILAVRAS foram suspensos por tempo indeterminado impossibilitando a finalização e o acompanhamento do caso.

3. AUTOAVALIAÇÃO

3.1 Autoavaliação da aluna Bruna Resende Campos

Escolhi a Odontologia, pois além de ter afinidade com área da saúde, a profissão possibilita ajudar as pessoas, desde cessar a dor até de devolver a autoestima, uma vez que os tratamentos vão muito além de cuidar dos dentes.

Saber que temos o poder de transformar sorrisos e vidas é algo motivador. Cada resultado positivo traz uma satisfação enorme, e os elogios feitos após o tratamento me fazem cada vez mais querer atingir a qualidade profissional com excelência.

Durante esses cinco anos de graduação, como quase todos graduandos, vivi momentos difíceis, mas nada me fez desistir do meu sonho. Pois a cada degrau de dificuldade, tinha consciência de ter absorvido conhecimentos e experiências únicas, também tive o privilégio de conhecer excelentes professores e amigos que eu levarei para o resto da vida.

Diante da pandemia que estamos vivendo, eu pude refletir sobre a importância de atuar na Odontologia. A cada dia de quarentena, sinto saudade de promover saúde.

Além disso, me fez valorizar ainda mais todas as minhas experiências, como no meu caso clínico, pois revendo as lembranças que o paciente me deu, pude perceber a importância de ter amor pelo que se faz.

Analisei também com muito carinho a grande colaboração da minha dupla com a colega Letícia Maciel Garcia, que mesmo não tendo afinidade com a especialidade de Odontopediatria, sempre esteve disposta a tranquilizar o paciente e oferecer ajuda em minhas dificuldades durante o tratamento.

Esse caso foi um desafio para mim, pois eu sempre tive grande empatia pela área de Odontogeriatrics, mas quando tive contato com cada criança, especialmente essa, logo percebi que seria uma ótima oportunidade de aprendizado. Apesar das dificuldades que tive em realizar determinados procedimentos, como o tratamento endodôntico, hoje percebo que pude melhorar meus conhecimentos na área e minha execução prática. Além disso, durante o tratamento, devido ao comportamento negativo do paciente, muitas vezes tive que trabalhar mais o meu lado paciente, o que ajudou bastante no tratamento integral.

Percebi que o profissional da Odontologia não só trabalha com métodos, técnicas e conhecimento, mas consideravelmente com o coração. Eu me senti totalmente comovida com o caso clínico, que envolvia uma situação econômica e psicológica que impossibilitava a mãe de oferecer o melhor tratamento.

Futuramente, pretendo fazer especializações e buscar sempre me manter atualizada, adquirindo conhecimentos e me desafiando a cada dia a ser uma profissional melhor. O sonho ainda não acabou. Tudo está apenas começando, e eu irei atrás desse grande desafio: ter um nome renomado na Odontologia.

3.2 Autoavaliação da aluna Isabella Lara de Abreu

Começo essa autoavaliação relembro tudo que passei até chegar ao curso de Odontologia e seu decorrer. Nunca imaginei, nem nos meus melhores sonhos que conseguiria concluir um curso como esse em uma instituição privada.

Iniciei o curso completamente insegura, tanto intelectualmente, por ter ficado muito tempo parada, quanto financeiramente, pois não tinha condições de assumir a mensalidade em seu valor integral.

Porém acredito em vocação e nos desígnios da vida. Com o decorrer do curso tudo se encaixou, me descobri fazendo algo que me deixaria feliz rotineiramente e também fui beneficiada com uma bolsa de estudos que me possibilitou permanecer e concluir o curso.

A priori minha maior dificuldade foi abdicar dos momentos da infância do meu filho. Todos os outros medos e inseguranças ficaram ínfimos diante deste fato.

Durante a graduação, por muitos momentos estive com pacientes que além de me ajudarem a captar conhecimento me despertaram ações mais humanas, empáticas e humildes, que a meu ver são indispensáveis a profissionais da área da saúde.

Hoje finalizo a graduação com uma admiração enorme pela área da Odontologia, que além de devolver saúde e estética nos possibilita ter o cuidado com o ser humano como um todo, que foi o que me motivou a querer essa profissão.

Sei que esse é só o início da caminhada, que profissionais nunca param de estudar e se qualificar. Estou disposta a me especializar e poder oferecer o melhor a todos os pacientes. Peço a Deus que continue me abençoando nessa caminhada.

3.3 Autoavaliação da aluna Leticia Maciel Garcia.

Desde quando iniciei o processo acadêmico no curso de Odontologia já tive a certeza de que essa profissão era o que eu queria para o resto da minha vida.

Durante esses 5 anos, eu vivi momentos únicos, passei por várias dificuldades e aprendi muito, tanto sobre a odontologia e sobre a vida. Aprendi com os meus professores a importante de ser uma boa pessoa, de tratar bem cada paciente, de não olhar somente a boca e sim preocupar com o paciente em um todo e aprendi também com cada um sobre como a Odontologia é maravilhosa e o tanto que é bom poder cuidar de alguém devolvendo o sorriso e a auto estima.

Sou imensamente grata a todos os professores e funcionários do curso de Odontologia do Unilavras, cada um deles com certeza, me ajudaram a dar início a um sonho que é para o resto da minha vida. Agradeço também a todos os meus colegas de classe, dividir esses 5 anos com eles com certeza tornou tudo mais leve e mais fácil.

A graduação de Odontologia é só um começo do meu sonho, vou me especializar na área de maior afinidade, continuar estudando e adquirir cada vez mais conhecimento para melhor cuidar e atender os meus pacientes.

O caso clínico apresentado nesse trabalho foi de grande valia para a minha formação profissional, pois além de eu ter aprendido muito, foi muito bom para me acrescentar como pessoa, me fez observar o quanto o sorriso é importante nas nossas vidas.

3.4 Autoavaliação da aluna Petsire D’Lua Nascimento

Durantes os cinco anos passado, houveram dias que eu me questionava sobre a quão boa ideia era estar ali. Mas a maior parte desses dias, foram reafirmações de que estar ali ia muito além de ter uma graduação, muito além do que possuir um título de valor moral. A graduação me fez ver o mundo com outros olhos, convivendo com pessoas de ideias contrárias as minhas nas quais me fizeram reavaliar minhas opiniões, e é isso que nos faz crescer, seja como profissionais, seja como pessoas em si.

Os aprendizados que levo desta fase da minha vida no âmbito profissional são valiosíssimos, me tornam a dentista que pretendo ser, me dizem em quais áreas eu tenho o

dom pra atuar e em quais há a maior necessidade de me empenhar, sempre buscando ser melhor, sempre almejando por maiores aprendizados.

Já no que diz respeito a vida pessoal, levo comigo ao fim dessa jornada, a esperança de que podemos sempre mais, que estender a mão aos que necessitam vai além de uma conta bancária ao fim do mês, uma vez que um sorriso pode mudar o mundo, e nós, cirurgiões dentistas, temos a oportunidade de criar esses sorrisos.

3.5 Autoavaliação da aluna Thais Helena Tavares

Meu sonho sempre foi me tornar cirurgiã dentista e em 2016 ingressei no curso de Odontologia do Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS, durante esses cinco anos da graduação vivi momentos intensos que me fizeram evoluir tanto na vida pessoal quanto na acadêmica. Em alguns momentos de dificuldades cheguei a questionar minhas escolhas, mas sempre tive fé, acreditei nas minhas vontades e me dediquei o máximo que pude ao curso e hoje sou imensamente grata por chegar até aqui e por todo o aprendizado e a maturidade que adquiri.

Através deste caso tive a oportunidade de aprender um pouco mais sobre a ortodontia e a importância de conhecer e saber diagnosticar os problemas relacionados a oclusão, pois são muito comuns na nossa profissão, porém ainda é possível ver casos como esse serem negligenciados. Com ele também tive a oportunidade de aprimorar minhas habilidades na disciplina de cirurgia, área na qual gosto muito e pretendo aprofundar ainda mais meus conhecimentos.

Por fim, posso dizer que tenho muito orgulho da escolha que fiz com relação ao curso e a instituição. Sempre fui muito amparada por todos os mestres e colaboradores e com muito carinho caminho para o fim dessa etapa confiante de fui bem preparada para exercer a minha profissão.

4. CONCLUSÃO

Concluimos que a Odontologia é considerada cada vez mais contemporânea e abrangente, possibilitando que os profissionais atuem oferecendo um serviço de qualidade, responsabilidade e de forma integral. A ideia de que a atuação do dentista se restringe apenas ao cuidado dos dentes está cada vez mais ultrapassada.

Acompanhar todos esses avanços e integrar diversas áreas da Odontologia é considerado essencial para o sucesso do tratamento, levando a um bom prognóstico e devolvendo cada vez mais qualidade de vida aos nossos pacientes.

Consideramos que a graduação nos proporcionou vivenciar esse atendimento integral e humanizado nos permitindo assumir nosso compromisso social de intervir e melhorar a qualidade de vida das pessoas, devolvendo saúde, função e estética.

5. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

AL SUNBUL, H.; SILIKAS, N.; WATTS, D. C. Polymerization shrinkage kinetics and shrinkage – stress in dental resin – composite. **Dental Materials Journal**, v. 32, n. 8, p. 988-1006, ago. 2016.

ALBUQUERQUE, Y. E. et al. Perfil do atendimento odontológico no Serviço de Urgência para crianças e adolescentes da Faculdade de Odontologia de Araraquara (FOAr) – UNESP. **Revista de Odontologia da Unesp**, v. 45, n 2, p. 115-20, mar/abr. 2016.

ALARCO-CADILLO, L. et al. Uso de dos técnicas alternativas de manejo de conducta: musicoterapia y distracción audiovisual, en el control y manejo de ansiedad en pacientes pediátricos de 5 a 10 años. **Revista de Odontopediatria Latinoamericana**, v.7, n. 1. 2017.

ALVES, A. C. et al. Quality of life related to complete denture. **Acta odontológica latinoamericana**, v. 31, n. 2, p. 3-10, ago. 2018.

AMORIM, N. A. et al. Urgência em Odontopediatria: Perfil de Atendimento da Clínica Integrada Infantil da FOUFAL. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.7, n. 3, p. 223-227, set/dez. 2007.

ANDRADE, N. K. de; BRANDÃO, R. L. de C. M.; BARROS, A. W. de. Avaliação da eficácia das terapias periodontais básicas realizadas pelos graduandos em odontologia do Centro Universitário CESMAC, Maceió, Brasil. **Revista da AcBO**, v. 8, n. 1, p. 65-72. 2019

ARAUJO, T. M. de; CALDAS, L. D. Extrações dentárias em Ortodontia: primeiro ou segundo pré-molares? **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 24, n. 3, p. 88-98, jun. 2019.

ARINELLI, A. M. D. et al. Sistemas adesivos atuais. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 73, n. 3, p. 242-246, jul/set. 2016

ASSUNÇÃO, L. R. da S. et al. Epidemiologia da cárie dentária em crianças da primeira infância no município de Belém, PA. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 69, n.1, p. 74-79. 2015.

BANERJEE, R. et al. Evaluation of relationship between nutritional status and oral health related quality of life in complete denture wearers. **Indian Journal of Dental Research**, v. 29, n. 5, p. 562-567, nov. 2018.

BARBOSA, D. B. et al. Instalação de prótese total: uma revisão. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 35, n. 1, p. 53-60. 2006.

BENGTSON, L. et al. Avaliação da atividade antimicrobiana de três cimentos de ionômero de vidro. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 13, n. 1, p. 119-122, jan/mar. 2013.

BEZERRA, P. A. da S. M. et al. Principais orofaciais recorrentes em serviços de urgências odontológicas: uma revisão da literatura. **Revista de Psicologia**, v. 9, n. 27, jul. 2015.

BRIGANTINI, L. C.; MARQUES, G. J.; GIMENES M. Antibióticos em odontologia. **Revista UNINGÁ**, v. 49, p. 121-127, jul/set. 2016.

BONECKER, M.; GUEDES-PINTO, A. C.; RODRIGUES, C. R. M. D. **Odontopediatria - 1º Edição**. São Paulo: Editora Santos. 2009.

CASANOVA, R.C. et al. Influence of insertion techniques of condensable composite resin on marginal leakage. **Ciência Odontológica Brasileira**, v.5, n.3, p. 62-69, set/dez. 2002.

CASTRO JÚNIOR, O. V.; HVANOV Z. V.; FRIGERIO M. L. M. A. Avaliação estética da montagem dos seis dentes superiores anteriores em prótese total. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v. 14, n. 2, p. 177-182, abr/jun. 2000.

CANEPELE, T. M. F. et al. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o atendimento de pacientes especiais: hipertensos, diabéticos e gestantes. **Journal of Biodentistry and Biomaterials**, n. 1, p. 31-41, mar/ago. 2011.

CHARAMBA, C. de F. et al. Resistência de união de compósitos do tipo Bulk Fill: análise *in vitro*. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 46, n. 2, mar/abr. 2017.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 1763-1768, dez. 2011.

CRUZ, L. R et al. “Cárie é transmissível?” Tipo de informação sobre transmissão da cárie em crianças encontrada através da ferramenta de busca Google. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 74, n. 1, p. 70-73, jan/mar. 2017.

DIAS, G. F. et al. Reabilitação estética e funcional em pacientes com cárie precoce da infância: relato de caso. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v.30, n.3, p. 314-322, jul/set. 2018.

DUARTE JÚNIOR, A. E. et al. Propriedades dos materiais utilizados no tratamento endodôntico em dentes decíduos: revisão de literatura. **Políticas e Saúde Coletiva**, v. 2, n. 4, p. 62-68. 2017

ESCANHUELA, F. J. C.; LOPES, J. F. S.; PINTO, J. H. N. Avaliação da dimensão vertical de oclusão em pacientes portadores de prótese total. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial**, v. 1, n. 2, p. 138-141, abr/jun. 2000.

FIUZA, N. et al. Planejamento e plano de tratamento odontopediatria: relato de caso clínico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 29, n. 1, p. 65-77, jan/abr. 2016.

FRANÇA, S. Açúcar x Cárie e outras doenças: um contexto mais amplo. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v.70, n.1, p. 6-11. 2016.

FRANÇA, V. et al. Restauração de dentes tratados endodonticamente com resinas bulk-fill: revisão integrativa. **Revista da Faculdade de Odontologia – UPF**, v. 23, n. 3, p. 348-352, set/dez. 2018.

FREIRE, J. C. P. et al. Presença de *Candida* spp. em usuários de próteses dentárias removíveis. **Revista Cubana Estomatologia**, v. 55, n. 4, p. 1-11. 2018.

GARCIA, N. A'V. et al. Medicações intracanal e sistêmica utilizadas por cirurgiões-dentistas das unidades de saúde da família para tratamento de urgência do abscesso periapical agudo. **Arquivo de Odontologia**, v.50, n.1, p.13-19, jan/mar. 2014.

GATTI, F. do S.; MAAHS, M. A. P.; BERTHOLD, T. B. Arco lingual como mantenedor de espaço na perda precoce de dentes decíduos. **Revista da Faculdade de Odontologia – UPF**, v. 17, n. 1, p. 91-95, jan/abr. 2012.

GILSON, L. C.; BOTTAN, E. R.; MIANES S. J. Saúde bucal de crianças: avaliação do conhecimento de mães de diferentes situações socioeconômicas. **Clínica e Pesquisa em Odontologia – UNITAU**, v. 9, n. 1, p. 13-18. 2018.

GOIATO, M. C. et al. Satisfação e qualidade de vida em paciente desdentados após reembasamento com material resiliente. **Revista Odontologia de Araçatuba**, v. 39, n. 1, p. 28-32, jan/abr. 2018.

GONÇALVES, G. et al. Eficácia da escovação supervisionada no controle de placa. **Archives of Health Investigation**, v. 6. 2017.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Portaria SES-DF N° 342 de 29 de junho de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 124, 30 jun. 2017.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria - 9ª Edição**. São Paulo: Editora Santos, 2016.

HUPP, J. R.; ELLIS III, E.; TUCKER, M. R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea – 6ª Edição**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2015.

JANSON, G. et al. **Introdução à Ortondontia** - 1º Edição. São Paulo: Série ABENO 21. Editora Artes Médicas, 2013.

KAPCZINSKI, M.; CHIARELLI, D. A. B.; KAPPES C. A Interface Prótese Parcial Removível / Periodontia: Revisão de Literatura. **Journal of Health Sciences**, v. 18, n. 2, p. 114-120. 2016.

LACERDA-SANTOS, J. T. et al. Reabsorção radicular externa de segundos molares causada por terceiros molares impactados: um estudo observacional em radiografias panorâmicas. **Revista Odontológica da UNESP**, v. 47, n. 1, p. 25-30, jan. 2018.

LIMA, I. T. de F. et al. Tratamento restaurador atraumático em odontopediatria: revisão de literatura. **Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica**, v.1, n. 1. 2015.

LOPES, H. P.; SIQUEIRA JÚNIOR, J. F. **Endodontia – Biologia e Técnica** - 4º Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koongan. 2015.

LÓPEZ, R. A.; GARCÍA, R. A.; GÓMEZ, A. M. B. Consideraciones básicas para el manejo del dolor en odontopediatría en la práctica diaria del cirujano dentista general y su relación de interconsulta con el anestesiólogo. **Revista de la Sociedad Española del Dolor**, v. 22, n. 4, p. 175-179. 2015.

MAIA, L. C. et al. Edentulismo total em idosos: envelhecimento ou desigualdade social?. **Revista Bioética**, v. 28, n. 1, p. 173-181, mar. 2020.

MARTINS, A. P. V. B. et al. Utilização dos dentes naturais para reabilitação provisória após exodontia por comprometimento periodontal. **Odontologia Clínico-Científica**, v. 15, n. 1, p. 59-62, jan/mar. 2016.

MAYRINK, G.; NICOLAI, B.; ABOUMRAD JÚNIOR, J. P. Comparative study of dipyrrone and paracetamol pain control after third molar extraction. **Journal of the Brazilian College of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 4, n. 2, p. 32-37, mai/ago. 2018.

MELO, T. L. de et al. Sensibilidade da dentina e o impacto na qualidade de vida de pacientes com periodontite crônica da Universidade Federal do Maranhão. **Arquivos de Odontologia**, v.51, n. 4. 2015.

MENEGAZ, A. M. et al. Efetividade de mantedores de espaço em odontopediatria: revisão sistemática. **Revista de Faculdade de Odontologia – UPF**, v. 20, n. 2, p. 252-257, mai/ago. 2015.

MIRANDA, L. H.; DANTAS, W. C. F.; MATTAR, C. Técnica Avançada de obturação endodôntica. **Revista FAIPE**, v. 3, n. 1, p. 46-60, jun. 2017.

MORAES, S. N. S.; ARSENIAN, M. B.; TUCCI R. Avaliação clínica e utilização do índice CPO-D/”ceo-d” em crianças da Escola Municipal José Carlos Porto – Paraty/RJ. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, v.32, n. 3, p.235-240. 2014.

MOTA, L. de Q.; FARIAS D. B. L. M.; SANTOS T. A. dos. Humanização no atendimento odontológico: acolhimento da subjetividade dos pacientes atendidos por alunos de graduação em Odontologia. **Arquivo Odontológico**, v. 48, n.3, p. 151-158. 2012.

MOYERS. R. E. **Ortodontia** - 4ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara. 1991.

NATTO, Z. S. et al. Chronic periodontitis case definitions and confounders in periodontal research: a systematic assessment. **BioMed Research Internationa**, v. 2018, p. 1-9. 2018.

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

OLIVEIRA, L. M. de et al. Loneliness in senescence and its relationship with depressive symptoms: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 6, p. 1- 8, jan/mai. 2020.

PARISE, G. K.; FERRANTI, K. N.; PIETROSKI, C. G. Sais anestésicos utilizados na odontologia: revisão de literatura. **Journal of Oral Investigations**, v. 6, n. 1, p. 75-84, ago. 2017.

PEDROZA, M. G. P. et al. Análise da radiopacidade de três materiais restauradores provisórios utilizados em endodontia. **Revista da AcBO**, v. 27, n. 1, p. 73-79. 2018

POMPÉIA, E. et al. A influência da anquiloglossia no crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 2, p. 216-221, abr/jun. 2017.

QUEIROZ, R. M. del et al. Análise da prescrição de radiografias por acadêmicos de Odontologia de uma universidade pública brasileira e desenvolvimento de um modelo didático. **Revista da ABENO**, v. 17, n. 3, p. 100-109. 2017.

RABÊLO, H. T. de L. B. et al. Anestésicos locais utilizados na Odontologia: uma revisão de literatura. **Arch Health Inbest**, v. 8, n. 9, p. 540-548. 2019.

REIS, B. F. et al. Adequação do meio bucal e promoção de saúde em odontopediatria. **Revista Ceciliana**, v. 2, n. 2, p. 32-34, dez. 2010.

RODRIGUES, J. E. M.; CANGUSSU, I. S.; FIGUEIREDO, N. F, de. Abscesso periapical versus periodontal: Diagnóstico diferencial – Revisão de literatura. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, v. 11, n. 1. 2015.

RODRIGUES, F. T. F. et al. Drenagem de abscesso periodontal agudo em ambiente ambulatorial: relato de caso. **Ciência Atual**, v. 15, n. 1, p. 167. 2020.

ROSA, L. B. et al. Odontogeriatrics – a saúde bucal na terceira idade. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 13, n. 2, p. 82-86, mai/ago. 2008.

RUSSI, S.; ROCHA, E. P. **Prótese Total e Prótese Parcial Removível** - 1º Edição. São Paulo: Editora Artes Médicas. 2015.

SALVADOR, M. C. G. et al. **Manual de Laboratório – Prótese Total** - 3º Edição. São Paulo: Editora Santos. 2013.

SANTOS, T. D. dos et al. Adecuación del medio bucal: protocolo de odontopediatria de la UNIGRANRIO, RJ – Brasil. **Revista de Odontopediatria Latinoamericana**, v.10, n.1, jan/jun. 2020.

SANTOS, F. O. dos et al. Análise do comportamento em odontopediatria: projeto piloto. **Revista UNINGÁ**, v. 24, n. 3, p. 15-19, out/dez. 2015.

SANTOS, L. C. de A. et al. Avaliação antibioticoterapia na Odontologia. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, v. 11, n. 2. 2015

SCAF, G.; MACEDO, E. S de; LOFREDO L. de C. M. Efeito da magnificação ótica da imagem radiográfica na detecção de cárie próximas. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 27, n.2, p. 437-448. 1998.

SCHROEDER, M. A. et al. Extração de molars na Ortodontia. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 16, n. 6, out. 2011.

SCHROEDER, M. A. et al. Orthodontic traction of impacted maxillary canines using segmented arch mechanics.. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 24, n. 5, p. 79-89, out. 2019.

SHITSUKA, R. I. C. M. et al. Desenvolvimento e avaliação da eficiência da estabilização protetora na odontopediatria: um estudo piloto. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v. 20, n.1, p. 59-63, jan/abr. 2015.

SIEBRA, M. M. et al. Avaliação clínica do uso de materiais anelásticos e elásticos em moldagem para prótese total: um relato de caso. **Revista Bahiana de Odontologia**, v. 8, n. 4, p. 132-140. 2017.

SILVA, L. F. P. et al. Técnica de manejo comportamental não farmacológica na odontopediatria. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 28, n. 1, p. 135-142, mai/ago. 2016.

SILVA, L. N. C.; SILVEIRA, C. R.; CARNEIRO, G. K. M. Vantagens das resinas bulk fill: revisão da literatura. **Revista Saúde Multidisciplinar**, v.5, p. 41-47. 2019.

SILVA, M. C. et al. Análise da qualidade da imagem e arquivamento de radiografias periapicais. **Arquivos em Odontologia**, v.53, e18. 2017.

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.

SOUZA, V.; HOLLAND, R. Tratamento de dentes com lesões periapicais. Influência do curativo de tricresol formalina ou de paramonoclorofenol canforado no processo de reparo após a obturação dos canais radiculares. **Revista Odontológica da UNESP**, v. 21, n. 1, p. 255-266. 1992.

SOUZA, H. L. et al. Auditing of the prescription of antimicrobials in a dental school: perspective to rational use. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 25, n. 72. 2016.

STEFFENS, J. P.; MARCANTONIO, R. A. C. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos - Chave. **Revista Odontologia da UNESP**, v. 47, n. 4, p. 189-197, ago. 2018.

VERAS, R. A contemporary and innovative care model for older adults. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 1, p. 1-13, jun. 2020.

TASSOKER, M. Quais são os fatores de risco para reabsorção radicular externa de segundos molares associados a terceiros molares impactados? Um estudo de tomografia computadorizada de feixe cônico. **Journal of the Brazilian College of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 77, n. 1, p. 11-17, jan. 2019.

TEIXEIRA, F. S. et al. Retenção prolongada de molares decíduos: Diagnóstico, etiologia e tratamento. **Revista Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v.10, n.3, p. 125-137, mai/jun. 2005.

TEIXEIRA, F. C. F. et al. Perda de inserção periodontal e associações com indicadores de risco sociodemográficos e comportamentais. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 48, dez. 2019.

TELLES, D. de M. **Prótese Total Convencional** - 1º Edição. São Paulo: Editora Santos. 2011.

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

WEBER, C. F. et al. Meça a dependência da nicotina pelo teste de Fagerström para a dependência da nicotina. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 65, n. 3, p. 208-215, jul/set. 2017.

WITTI, D. et al. Uso de mantenedor de espaço fixo não funcional em dentição decídua – relato de caso. **VIII Jornada Acadêmica de Odontologia**, p. 61-66. 2018.