



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

**ANA LUÍSA LOPES
BRUNA RIBEIRO ROCHA
GABRIELLA VIEIRA GONÇALVES
MARINA DE ÁZARA MAIA
VANESSA GABRIELA VIEIRA**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

LAVRAS - MG

2021

ANA LUÍSA LOPES
BRUNA RIBEIRO ROCHA
GABRIELLA VIEIRA GONÇALVES
MARINA DE ÁZARA MAIA
VANESSA GABRIELA VIEIRA

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

ORIENTADORA

Profa. Dra. Márcia de Fátima Soares

LAVRAS – MG

2021

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

P849 Portfólio Acadêmico / Ana Luísa Lopes [et al.]. – Lavras: Unilavras;
2021.

86 f.:il.

Portfólio (Graduação em Odontologia) – Unilavras, Lavras, 2021.

Orientador: Prof^a. Márcia de Fátima Soares.

1. Clínica infantil. 2. Endodontia. 3. Promoção de saúde. 4. Prótese
fixa. I. Rocha, Bruna Ribeiro. II. Gonçalves, Gabriella Vieira. III.
Maia, Marina de Ázara. IV. Vieira, Vanessa Gabriela. V. Soares, Márcia
de Fátima. (Orient.). VI. Título.

ANA LUÍSA LOPES
BRUNA RIBEIRO ROCHA
GABRIELLA VIEIRA GONÇALVES
MARINA DE ÁZARA MAIA
VANESSA GABRIELA VIEIRA

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

Aprovado em: ____/____/____

PROFESSORA

Profa. Dra. Márcia de Fátima Soares - Centro Universitário de Lavras

MEMBRO DA BANCA

Profa. Dra. Renata de Carvalho Foureaux - Centro Universitário de Lavras

LAVRAS – MG

2021

“A Odontologia cuida, protege e zela pelo cartão postal da alma. E se todo sorriso é luz, o trabalho da Odontologia é acender e intensificar a luminosidade que, muitas vezes, se perde da gente”.

(Edgard Abbehusen)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecemos a Deus, por ter nos guiado para que pudéssemos concluir mais uma etapa das nossas vidas, amparando-nos em todos os momentos.

À Santa Apolônia, padroeira dos Cirurgiões-Dentistas, por ter nos abençoado e nos protegido durante nossa caminhada.

Aos nossos pais, por ter nos confiado a concretização de um sonho, sempre nos incentivando e vibrando conosco em cada conquista.

À nossa orientadora, Profa. Dra. Márcia de Fátima Soares, por toda instrução, paciência e apoio no desenvolvimento deste portfólio.

Aos nossos mestres, por toda sabedoria e conhecimentos transmitidos da melhor forma possível.

Às integrantes deste grupo de Trabalho de Conclusão de Curso, por todo carinho, companheirismo e experiências compartilhadas.

Aos nossos pacientes, por terem confiado em nós e nos darem as oportunidades de colocarmos em prática os nossos aprendizados.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Exame extrabucal – Frente (A) e Perfil (B)	14
Figura 2 – Fotografia frontal inicial da oclusão	15
Figura 3 - Fotografia lateral direita inicial da oclusão.....	16
Figura 4 – Fotografia lateral esquerda inicial da oclusão	16
Figura 5 - Fotografia inicial da arcada dentária superior.....	17
Figura 6 - Fotografia interna (A) e externa (B) do aparelho	22
Figura 7 – Instalação do aparelho.....	22
Figura 8 – Fotografia final frontal da oclusão	23
Figura 9 - Fotografia final da oclusão- lado direito (A); esquerdo (B) e arcada dentária superior (C).....	24
Figura 10 – A, B e C - Estabilização da correção da MCAD.....	25
Figura 11 - Radiografia panorâmica para avaliação dos terceiros molares	28
Figura 12 – Mesa Cirúrgica	29
Figura 13 - Periograma para obtenção do diagnóstico	31
Figura 14 - Exame clínico dental, situação atual e proposta de tratamento	32
Figura 15 - Radiografia interproximal para análise das lesões cariosas.....	32
Figura 16 – Radiografia periapical de estudo	33
Figura 17 - Odontometria	34
Figura 18 - Radiografia da pasta de Hidróxido de Cálcio	35
Figura 19 - Visita ao Lar Augusto Silva – Lavras	37
Figura 20 - Teatro realizado no auditório do UNILAVRAS.....	39
Figura 21- Teatro sendo realizado no Colégio Unilavras.....	40
Figura 22 - Teatro realizado no CEMEI Maria Olímpia Alves de Melo e as crianças nos assistindo.	40
Figura 23 - Aspecto clínico inicial do elemento 22.....	46
Figura 24 - Radiografia periapical inicial do elemento 22	46
Figura 25 - Moldagem parcial da arcada superior para confecção do elemento provisório....	47
Figura 26 - Aspecto do núcleo após a remoção da coroa	48
Figura 27 - Aspecto clínico do provisório substituindo o elemento 22.....	48
Figura 28 A, B e C - Remoção do núcleo existente	49
Figura 29 - Aspecto do elemento 22 após a remoção do núcleo intrarradicular	50
Figura 30 - Aspecto do núcleo reembasado na coroa provisória.....	50

Figura 31 - Isolamento absoluto à distância permitindo o acesso ao canal radicular.....	51
Figura 32 - Canal preenchido por pasta de Hidróxido de Cálcio UltraCal XS	52
Figura 33 - Conduto preparado para receber o NMF	52
Figura 34 - Moldagem do conduto e reconstrução do preparo para coroa total	53
Figura 35 - NMF inadequado no canal radicular.....	54
Figura 36 - Pinos de Fibra de Vidro cimentados no canal radicular	55
Figura 37 - Parte coronária reconstruída com Resina Composta	56
Figura 38 - Coroa de Cerâmica Pura cimentada definitivamente (elemento 22)	57
Figura 39 - Comparação radiográfica do início ao final do tratamento.....	58
Figura 40 - Comparação clínica do estado inicial ao estado final do tratamento.....	58
Figura 41- Satisfação da paciente ao observar o resultado no espelho	59
Figura 42 - Foto final da última sessão de atendimento	59
Figura 43 - Fotografias intra-orais iniciais	62
Figura 44 - Radiografia periapical do elemento 85 (A) e do 75 (B)	63
Figura 45 - Exodontia das raízes residuais	65
Figura 46 - Instalação do aparelho ortodôntico	67
Figura 47 – Instalação dos elásticos intermaxilares	69
Figura 48 - Situação clínica após a instalação do fio de amarelo	70
Figura 49 - Fotografias intra-orais finais	71
Figura 50 - Fotografia final com o paciente	72

LISTA DE ABREVIATURAS

ATM- Articulação Temporomandibular
CAD – Comprimento Aparente do Dente
CD – Cirurgião-Dentista
CEMEI – Centro Educacional Municipal de Educação Infantil
COVID-19 – *Coronavirus disease 2019*
CRD – Comprimento Real do Dente
CRI – Comprimento Real do Instrumento
CT – Comprimento de Trabalho
ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio
FIES – Fundo de Financiamento Estudantil
HL – Haste Longa
LCA – Lesão de Cárie Ativa
LCACC - Lesão de Cárie Ativa com Cavitação
LCASC - Lesão de Cárie Ativa sem Cavitação
LCICC - Lesão de Cárie Inativa com Cavitação
LCISC – Lesão de Cárie Inativa sem Cavitação
MCA/CA – Mordida Cruzada Anterior
MCAD – Mordida Cruzada Anterior Dentária
MCP – Mordida Cruzada Posterior
MCPD – Mordida Cruzada Posterior Dentária
MG – Minas Gerais
MIC – Máxima Intercuspidação
NITI - Níquel de Titânio
NMF – Núcleo Metálico Fundido
OMS – Organização Mundial da Saúde
PS – Promoção de Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
UNILAVRAS – Centro Universitário de Lavras

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 DESENVOLVIMENTO.....	12
2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Ana Luísa Lopes.....	12
2.1.1 Desenvolvimento da Atividade	13
2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Bruna Ribeiro Rocha	26
2.2.1 Desenvolvimento da Atividade	27
2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Gabriella Vieira Gonçalves	35
2.3.1 Desenvolvimento da Atividade	38
2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Marina de Àzara Maia.....	44
2.4.1 Desenvolvimento da Atividade	45
2.5 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Vanessa Gabriela Vieira.....	60
2.5.1 Desenvolvimento da Atividade	61
3 AUTOAVALIAÇÃO	73
3.1 Autoavaliação da aluna Ana Luisa Lopes	73
3.2 Autoavaliação da aluna Bruna Ribeiro Rocha.....	73
3.3 Autoavaliação da aluna Gabriella Vieira Gonçalves.....	74
3.4 Autoavaliação da aluna Marina de Ázara Maia.....	76
3.5 Autoavaliação da aluna Vanessa Gabriela Vieira.....	76
4 CONCLUSÃO.....	79
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	80

1 INTRODUÇÃO

Bem-aventurado seja o profissional realizado. É assim que nos sentimos por termos feito a escolha certa. Sabemos que perante isso, teremos grandes recompensas por promovermos saúde e autoestima aos nossos pacientes. A Odontologia é isso, e nos contempla com o saber de que podemos fazer a diferença na vida das pessoas.

Hoje, o mercado de trabalho da nossa escolha é um mercado muito amplo, em que encontramos diversas especialidades, e, muitas delas, podemos vivenciar na Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS).

Este portfólio é muito importante para nós, pois engloba diferentes casos clínicos, sendo essencial ao nosso crescimento profissional e pessoal.

A aluna Ana Luísa Lopes, irá apresentar um caso clínico de Ortodontia, desenvolvido no segundo semestre de 2020, na disciplina de Clínica Infantil. Nesta experiência, será relatado a importância do diagnóstico e como podemos, de maneira simples e rápida, devolver função, estética, autoestima e bem-estar para o paciente, além de prevenir problemas futuros.

A aluna Bruna Ribeiro Rocha relatará um caso clínico mostrando a importância do diagnóstico e do tratamento integrado, onde durante a avaliação da panorâmica para exodontia dos terceiros molares, foi observado uma lesão periapical no elemento 46. O caso foi desenvolvido na disciplina de Clínica Integrada IV do UNILAVRAS, no 9º período.

A aluna Gabriella Vieira Gonçalves descreverá em seu portfólio sobre a Promoção de Saúde, com enfoque nas intervenções educativo-preventivas. Com o objetivo de motivar e ensinar as crianças sobre a importância da higienização bucal correta e mostrar para os pais a responsabilidade de passar para seus filhos uma dieta não cariogênica, para prevenir o aparecimento de doenças, principalmente a doença cárie, e não apenas tratá-las, através de ações educativas como brincadeiras, teatros e escovação supervisionadas, praticadas na disciplina de Promoção de Saúde II.

A aluna Marina de Ázara Maia descreverá o desenvolvimento de um caso clínico realizado na disciplina de Clínica Integrada IV envolvendo as especialidades de Prótese Fixa e Endodontia, além de relatar a experiência em que teve a oportunidade de realizar o tratamento exposto em sua própria mãe, reafirmando a frase: “O paciente não é só o paciente; ele é o amor de alguém, o pai de alguém, a mãe de alguém.”

A aluna Vanessa Gabriela Vieira relatará um caso clínico que realizou durante o 8º período na disciplina de Clínica Infantil II, em que teve a oportunidade de atender um paciente que não tinha bons cuidados bucais e que necessitava de mudanças na escovação e na dieta para o sucesso do tratamento. Foi executado um atendimento de urgência e constatou que o paciente precisava de um tratamento integral.

Por meio deste portfólio pudemos compartilhar nossos casos clínicos e experiências vivenciadas durante a graduação. Sua contribuição para nossa evolução pessoal e profissional foi significativa, afinal, tivemos grandes momentos de aprendizado.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Ana Luísa Lopes

Meu nome é Ana Luísa Lopes, tenho 22 anos e sou de Camacho-Minas Gerais.

Sempre sonhei em ser dentista, desde pequena quando perguntavam a respeito, eu tinha esta convicção. Nunca tive dúvida e não me imaginava fazendo nenhum outro curso que não fosse Odontologia.

Tive a oportunidade de vivenciar o dia a dia de um consultório odontológico por bastante tempo, a partir de uma Tia dentista, que vendo o meu interesse pela área, me levou para conhecer de perto a profissão, mostrando a Odontologia humanizada e de excelência que ela praticava. Diante disso, a cada dia que passava, os casos que eu assistia, influenciavam positivamente, me fazendo apaixonar por todos os detalhes, despertando ainda mais o meu interesse e a vontade de fazer a diferença.

Em dezembro de 2016, me formei no ensino médio e logo em seguida prestei o vestibular para Odontologia no UNILAVRAS e fui aprovada.

Um mundo novo, cheio de desafios se iniciava! Foram muitos dias e noites de estudo, dedicação e competência. Das disciplinas básicas ao primeiro atendimento, tudo passou muito rápido e eu achava incansável viver este sonho. E agora, quase no fim dessa jornada, depois de viver dias tão difíceis de uma pandemia, momentos de incertezas e inseguranças, estou perto de finalizar ou apenas começar este grande sonho.

Durante a graduação, vivenciei várias experiências que de alguma forma serviram para meu aprendizado e me acrescentaram muito. Desde o início, eu ficava encantada com a conduta clínica que os professores da Odontopediatria e Ortodontia (ministradas juntas) aplicavam naqueles pacientes, que visavam não somente o tratamento restaurador individualizado, mas reforçavam sempre a promoção e prevenção. A Ortodontia na Odontopediatria, tende a uma intervenção precoce na prevenção, diagnóstico e tratamento das alterações de crescimento, desenvolvimento e amadurecimento da face, dos arcos dentários e da oclusão, de modo que tudo seja desenvolvido harmonicamente.

O objetivo deste trabalho, é apresentar um caso clínico de uma paciente, que chegou na Clínica de Odontologia do UNILAVRAS, a procura de tratamento ortodôntico. O caso foi realizado com a orientação do professor Dr. José Norberto de Oliveira Júnior no 7º período.

2.1.1 Desenvolvimento da Atividade

Paciente do sexo feminino, leucoderma, 9 anos de idade, chegou a Clínica Infantil do UNILAVRAS, juntamente com a sua mãe, procurando por tratamento ortodôntico. Durante anamnese e o exame clínico da paciente preocupou-se muito em levantar a queixa principal do paciente, ou seja, porque a procura pelo tratamento. Ao ser argumentada a mãe relatou que a filha era muito preocupada e queixava da sua oclusão e estética dentária.

O cirurgião-dentista é responsável por iniciar o atendimento odontológico com a identificação do paciente e execução do exame clínico adequado para o diagnóstico de alterações nas estruturas bucais e anexas, elaboração do melhor plano de tratamento e, ainda mais importante, estabelecer com o paciente uma relação de confiança, aplicando suas capacitações e demonstrando eficácia nas técnicas utilizadas durante o tratamento odontológico (BRANDÃO et al., 2018, p.77).

Segundo Brandão et al. (2018), uma anamnese bem feita, é essencial para elaborar um diagnóstico baseado tanto na queixa, como na doença apresentada pelo paciente, e o exame físico pode estar relacionado com o prevenir qualquer incidência, pois através dele podemos conseguir dados a respeito dos sinais vitais do paciente.

O termo anamnese significa recordar à mente fatos relacionados a uma pessoa e suas manifestações de doença. A anamnese tem como um de seus principais pilares o alcance de uma boa relação entre o profissional e o paciente, criando um vínculo, facilitando a adesão do paciente ao tratamento, aumentando sua confiança no profissional e, assim, atingindo maior fidelidade nas informações reportadas pelo mesmo (BALDUINO et al., 2012, p.336).

Desta forma, como protocolo, na primeira consulta realizamos uma análise geral da criança, começando pela anamnese, avaliando história dental, médica, hábitos, entre outros. Não foi relatado nenhuma alteração sistêmica ou qualquer outro tipo de problema. Em seguida, realizamos o exame clínico extrabucal e intrabucal para identificar o real problema da paciente.

No exame extrabucal, observou-se uma face harmônica, simétrica, com boa proporção entre os terços faciais, perfil retilíneo, sem degrau esquelético, ângulo mentolabial bom, ângulo nasolabial bom, linha queixo pescoço ideal, selamento labial passivo, linha de implementação do nariz com inclinação adequada, ou seja, tinha um equilíbrio esquelético, nos levando ao diagnóstico de Padrão I (Figuras 1 A e B).

Figura 1 – Exame extrabucal – Frente (A) e Perfil (B)



Fonte: Arquivo pessoal do Prof. Dr. José Norberto de Oliveira Júnior (2020)

Como classificamos a paciente em Padrão I sabemos que temos um equilíbrio facial e se existirem alterações a serem corrigidas elas serão dentárias. Segundo Barbosa e Gonçalves (2020), no Padrão I são perceptíveis uma boa projeção zigomática e depressão infraorbitária, a linha queixo-pescoço está adequada pela localização e formato da mandíbula, o sulco mentolabial é marcado pela anatomia do mento e lábio inferior, que devem estar harmônicos. Com isso o ângulo nasolabial e o sulco mentolabial não são considerados os elementos principais para a classificação de padrão facial, em especial quando a discrepância não é grave, visto que é possível, em diferentes padrões, essas medidas apresentarem uma variação pequena, favorecendo para a discordância entre os examinadores sobre qual padrão o paciente pertence.

No exame intrabucal, a paciente se encontrava na dentadura mista, período intertransitório, com a presença de caninos, primeiros e segundos molares decíduos e incisivos centrais, laterais e primeiros molares, permanentes. Segundo Iwai (2015), no estudo epidemiológico de má oclusão feito em várias regiões brasileiras, foi constatado que a má oclusão é uma patologia altamente presente na dentadura mista das crianças.

Conforme Miguel, Brunharo e Esperão (2005), a dentadura mista é determinada por várias alterações na arcada e algumas características oclusais que são transitórias, e se relacionam com o desenvolvimento normal sendo comum o seu aparecimento, e não podem ser confundidas com má oclusão, que devem ser tratadas na época correta.

A paciente possuía uma boa higiene bucal, algumas restaurações nos dentes decíduos, alguns sinais de bruxismo. Avaliamos tecidos moles, como língua, gengiva, mucosa, lábio, freios, no qual estavam dentro da normalidade. Como não havia nenhuma alteração que nos

indicasse uma urgência, partimos para a avaliação ortodôntica, que pertencia à queixa principal da paciente e sua responsável. Não podemos deixar de ressaltar, que a Ortodontia na dentadura mista, tem como principal objetivo, prevenir, interceptar ou mesmo corrigir as más oclusões que podem instalar e se tornarem mais complexas na dentadura permanente.

O tratamento ortodôntico precoce na dentição mista é indicado para reduzir ou mesmo eliminar a necessidade de novos tratamentos ortodônticos, evitando problemas ou anomalias funcionais (STADERINI et al., 2020).

Diante do exame ortodôntico, observamos uma maxila normal, a linha mediana superior estava desviada para a esquerda, a sequência de erupção estava favorável e cronologia normal. A relação sagital dos primeiros molares permanentes e dos caninos, apresentava-se em Classe I. Em relação aos incisivos, o trespasse vertical apresentava-se acentuado e no trespasse horizontal, verificamos que o incisivo central superior direito estava em mordida cruzada anterior (MCA). Com isto o incisivo central inferior direito, devido ao contato prematuro com o superior, por causa de sua inclinação incorreta e a mordida cruzada, acabou inclinando para vestibular e provocando uma recessão gengival devido ao trauma oclusal (Figura 2).

Figura 2 – Fotografia frontal inicial da oclusão



Fonte: Arquivo pessoal do Prof. Dr. José Norberto de Oliveira Júnior (2020)

Na próxima imagem (Figura 3), como mencionado acima, podemos notar que a paciente apresentava uma relação molar de Classe I, porém com os elementos 11 e 41 cruzados devido inclinação palatina do 11 e a conseqüente vestibularização do 41.

Figura 3 - Fotografia lateral direita inicial da oclusão



Fonte: Arquivo pessoal do Prof. Dr. José Norberto de Oliveira Júnior (2020)

Na imagem a seguir (Figura 4), fica evidente a MCA dos incisivos e a recessão gengival do incisivo inferior devido ao trauma, embora os molares se apresentem em Classe I.

Figura 4 – Fotografia lateral esquerda inicial da oclusão



Fonte: Arquivo pessoal do Prof. Dr. José Norberto de Oliveira Júnior (2020)

Na Figura 5, é nítido como o incisivo central 11 está fora do alinhamento dos demais dentes e se apresenta inclinado e posicionado mais para palatino.

Figura 5 - Fotografia inicial da arcada dentária superior



Fonte: Arquivo pessoal do Prof. Dr. José Norberto de Oliveira Júnior (2020)

Diante dos dados obtidos a partir do exame ortodôntico, chegamos ao diagnóstico de mordida cruzada anterior.

Conforme Silva Filho (2013), para corrigir a má oclusão em crianças devemos iniciar o tratamento conforme a necessidade, sendo importante recomendar o momento mais oportuno para realizá-lo. A ortodontia interceptiva constitui ao tratamento realizado durante a dentadura decídua e mista, independente da intensidade do problema ou da mecânica envolvida.

Segundo Pinho, Mendes e Bellot-Arcis (2018), a má oclusão da mordida cruzada anterior (MCA) é uma relação vestibulolingual anormal que leva a uma óbvia interferência na função e estética do paciente. A MCA pode ser classificada em: Dentária, com alteração em um ou mais dentes, que constitui a versão palatina dos dentes anteriores superiores e uma versão vestibular dos dentes anteriores inferiores com a relação esquelética maxilomandibular correta. Funcional, que é causada por uma interferência dentária que força o movimento anterior da mandíbula quando da máxima intercuspidação (MIC). Esquelética, causada por uma desarmonia do crescimento ósseo maxilomandibular, com compensação dos dentes incisivos. Para compensar a displasia esquelética, os incisivos superiores geralmente são direcionados para a frente e os incisivos inferiores para trás.

A mordida cruzada anterior (CA) é definida como uma relação sagital reversa entre os incisivos superiores e inferiores. Ela exhibe etiologia dentária, esquelética ou funcional ou uma combinação desses aspectos. A de origem dentária pode surgir por alteração da inclinação dentária; A esquelética envolve uma discrepância óssea basal no plano sagital. A funcional

(ou pseudo-classe III) envolve interferências de oclusão que resultam em um deslocamento mandibular no fechamento (STADERINI et al., 2020).

Para traçar um possível plano de tratamento, é muito importante estabelecer um correto diagnóstico. Segundo Almeida (2013, p.131), o “diagnóstico diferencial é de extrema importância para o planejamento e tratamento adequados, e baseia-se nos seguintes fatores: número de dentes envolvidos, padrão de oclusão: em habitual e em cêntrica, relação molar, relação caninos e herança”.

De acordo com o número de dentes envolvidos, determinamos se uma mordida cruzada anterior é dentária (também chamada de funcional, ou pseudo-Classe III) ou esquelética (verdadeira). No envolvimento de apenas 1 ou 2 dentes, a mordida é dentária; se envolve mais de 2 dentes, então ela pode ser esquelética. O padrão de oclusão e alterações em mordida habitual e em cêntrica. Na presença de uma mordida cruzada anterior em máxima intercuspidação habitual, devemos manipular a mandíbula em relação cêntrica. Se a mordida cruzada persistir, provavelmente será de origem esquelética; caso apresente uma mordida de topo a topo, possivelmente será uma origem dentária. De acordo com a relação molar e de caninos, na mordida cruzada dentária, os molares e caninos apresentam uma relação de Classe I quando em repouso ou em oclusão e o perfil do paciente denota um equilíbrio, sendo que os dentes envolvidos exibem uma inclinação lingual anormal. Na pseudo-Classe III, os molares e caninos apresentam uma relação de Classe I quando a mandíbula se encontra em posição de repouso, mas de Classe III quando os dentes ocluem. Os incisivos superiores estão lingualizados, os inferiores, vestibularizados e o perfil do paciente apresenta-se equilibrado durante a posição de repouso, mas em oclusão ocorre um deslocamento protrusivo da mandíbula, modificando-o para côncavo. Verifica-se, também, um desgaste anormal na face vestibular dos incisivos superiores. Na Classe III esquelética, os molares e caninos exibem uma relação de Classe III durante a posição de repouso e de oclusão; os incisivos inferiores podem ou não estar inclinados para lingual e os superiores, mais vestibularizados – porém, continuam em mordida cruzada anterior.

Somente o diagnóstico de MCA, não seria suficiente para estabelecermos um plano de tratamento correto e eficaz, a partir disso, fizemos algumas análises a mais, como a posição da mandíbula, que manipulada em relação cêntrica nos mostrava uma oclusão de topo a topo, verificamos a quantidade de incisivos envolvidos e diante de todos os dados coletados anteriormente, destes citados agora e dos tipos de mordida cruzada anterior existentes, conseguimos realizar o diagnóstico diferencial e definir qual seria a MCA que a paciente possuía, mordida cruzada anterior dentária (MCAD). Segundo Leite et al. (2017) e Fernandes

et al. (2019), a MCAD se classifica por haver uma alteração na inclinação de um ou mais incisivos, onde os incisivos superiores estão palatinizados e os incisivos inferiores vestibularizados, estando em relação maxilo-mandibular correta, bases ósseas corretamente posicionadas, descartando o envolvimento esquelético.

Conforme Almeida (2013), a etiologia da mordida cruzada anterior é multifatorial. De caráter dentária, podemos citar: trauma na dentadura decídua, a intrusão de um incisivo por trauma pode deslocar o germe do permanente sucessor para lingual, alterando o seu trajeto normal de erupção. Retenção prolongada dos incisivos decíduos, que por processo de necrose, anquilose, reabsorção anormal e outras causas, os dentes decíduos podem permanecer em posição, alterando a via de erupção dos permanentes, que adotam uma posição anteroposterior anormal. Perda prematura dos dentes decíduos, com perímetro inadequado no arco dentário, a perda precoce pode causar fibrose gengival ou uma esclerose óssea, alterando a sequência e trajeto normal de erupção.

Nesse tipo de maloclusão, a etiologia, normalmente, é a inclinação axial incorreta dos dentes envolvidos, ocasionada por fatores que impedem a erupção normal do elemento no sentido axial (FERNANDES et al., 2019).

Segundo Almeida (2013, p.133), a “mordida cruzada anterior dentária na fase intertransitória não é passível de autocorreção e deve ser interceptada assim que diagnosticada”. Uma abordagem terapêutica para essa má oclusão nos pacientes em crescimento e desenvolvimento consiste na utilização de aparelhos removíveis ou fixos. A escolha desses dispositivos fundamenta-se na eficácia aliada à facilidade de construção e instalação, bem como a aceitação e colaboração do paciente.

Como citado anteriormente, a MCAD não se autocorrigem. Com todos os dados obtidos até aqui e com alguns observados durante as consultas, começamos a pensar em um plano de tratamento para o caso. No decorrer das consultas, foi possível observar o quanto a paciente estava disposta e interessada em corrigir a maloclusão, demonstrando ser muito cooperativa, o que nos deixou mais tranquilas porque independentemente do tipo de aparelho utilizado a paciente certamente iria colaborar.

Wiedel e Bondenmark (2015) recomendam tanto os aparelhos fixos, quanto os removíveis, visto que eles são capazes de corrigir na dentadura mista, a mordida cruzada anterior que acomete um ou mais incisivos permanentes, apresentando estabilidade semelhante em longo prazo.

De acordo com Fernandes et al. (2019) o tratamento da MCAD se baseia na correção das inclinações anormais dos elementos envolvidos e é muito importante verificar a quantidade de elementos envolvidos e o grau de erupção deles. Existem aparelhos passivos, que funcionam apenas como guia de erupção e necessitam da força eruptiva dos elementos dentários, assim como existem aparelhos que exercem força de inclinação para o descruzamento.

Os estudos de Almeida (2013, p.133) nos diz que devemos avaliar alguns fatores para a escolha do método de tratamento, como: espaço adequado para reposicionar o dente, sobremordida suficiente para a estabilidade do dente e relação molar. Também nos mostra alguns tipos de aparelho como: placa de acrílico com molas (removível), arco lingual ou palatino com molas (fixo) e espátula abaixadora de língua.

Fernandes et al. (2019), nos mostra alguns tipos de tratamento da mordida cruzada dentária, como: lâmina de madeira, plano inclinado fixo, molas digitais e arco palatino ativo. A terapia da lâmina de madeira consiste em posicionar uma espátula atrás do dente superior cruzado, fazendo pressão, apoiada sobre o queixo e numa inclinação de aproximadamente 45°. Este exercício deve ser realizado por, no mínimo, 10 minutos, várias vezes ao dia. Se o paciente seguir as orientações corretamente, o descruzamento do elemento é esperado em um período de 10 a 14 dias, este tipo de tratamento é indicado para pacientes colaboradores que apresentem apenas um dente cruzado e em fase de erupção. Além disso, só terá sucesso se houver espaço no arco para o correto posicionamento do dente.

O plano inclinado fixo é um dispositivo passivo, confeccionado em resina acrílica e cimentado provisoriamente sobre os dentes antero-inferiores, utilizando-os como ancoragem. Possui uma extensão, plana e lisa, em forma de rampa a partir da borda incisal do dente inferior, com a largura exata do dente cruzado e com inclinação de 45° em relação ao plano oclusal, funcionando como guia de erupção para o elemento dentário.

As molas digitais são aparelhos removíveis e são desenvolvidos para a arcada superior. Devem apresentar um arco vestibular ou labial cuja função é orientar a movimentação vestibular dos incisivos e auxiliar na retenção, além de grampos de retenção posterior e molas digitais posicionadas por palatina dos elementos cruzados para que possa exercer o movimento dos dentes.

O arco palatino ativo é um dispositivo fixo que funciona como uma mola digital, exercendo força de inclinação aos dentes cruzados de palatina para vestibular. É indicado, preferencialmente, quando há o envolvimento de um número maior de dentes.

Como a paciente possuía somente um dente em mordida cruzada, o dente em questão já estava completamente erupcionado e ela apresentava um comportamento cooperativo, depois de explicar para a mãe a respeito, optamos pelo tratamento através do aparelho ortodôntico removível com recobrimento oclusal e molas digitais. Segundo Dias et al. (2018), muitos autores indicam esse tipo de aparelho para correção da MCAD.

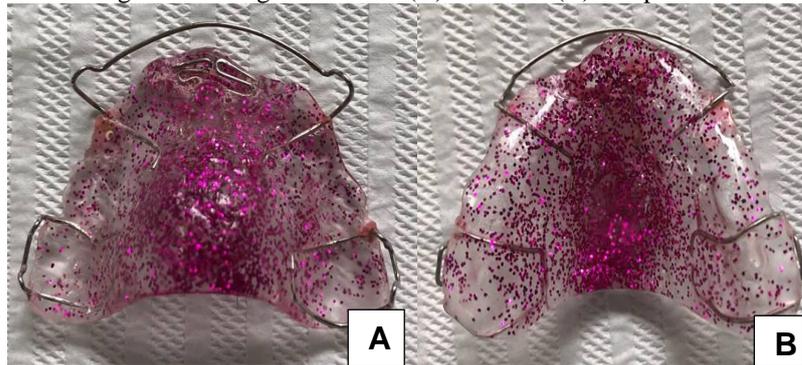
Conforme Figueiredo et al. (2014), o aparelho removível com molas é muitas vezes considerado a primeira opção, ele é biológico e efetivo no movimento ortodôntico do dente e a principal desvantagem é a necessidade de cooperação do paciente.

Estudos de Souza et al. (2015), nos mostra as principais vantagens deste tipo de aparelho, como permitir sua remoção pelo próprio paciente para higienização ou ainda quando o ambiente social assim indicar. Porém, por outro lado, as desvantagens são: possível falta de cooperação do paciente no uso, movimentos dentários interrompidos e falta de adaptação do dispositivo.

A motivação do paciente é responsabilidade do cirurgião-dentista, que deve mostrar as vantagens do uso do aparelho ortodôntico e os resultados na função mastigatória e na estética facial. Estes aparelhos agregam eficácia e facilidade de instalação, bem como aceitação e colaboração do paciente. Entretanto, acredita-se que o tempo de tratamento será maior com a utilização de aparelho removível, pois depende da colaboração do paciente. Esses dispositivos exercem movimentos de inclinação dentária e são extremamente versáteis, podendo ser confeccionados de diferentes formas. Diante das ativações é possível a movimentação vestibular de um ou mais elementos ântero-superiores. Em se tratando de crianças jovens, com dentadura mista, o aparelho removível constitui um excelente recurso para o tratamento dos pacientes que estão na fase de crescimento (FERNANDES et al., 2019).

Com o plano de tratamento escolhido, nosso próximo passo foi realizar a moldagem com alginato da arcada dentária e logo após o processo de vazamento com gesso tipo III, obtendo o modelo de estudo para posterior confecção do aparelho. Com o modelo de estudo em mãos, confeccionamos o arco vestibular (fio 0,70 mm) para orientar a movimentação vestibular dos incisivos e auxiliar na retenção anterior, grampos de Adams (fio 0,70 mm) para obter a retenção do aparelho, e as molas digitais (fio 0,60 mm) como elemento ativo que irão realizar o movimento dos dentes. Em seguida fizemos o recobrimento com resina acrílica na oclusal dos dentes posteriores, para abrir a mordida e assim poder “destravar” a oclusão anterior permitindo e facilitando o descruzamento do dente 11 (Figuras 6 A e B).

Figura 6 - Fotografia interna (A) e externa (B) do aparelho



Fonte: Arquivo pessoal do Prof. Dr. José Norberto de Oliveira Júnior (2020)

“O objetivo principal deste tratamento é descruzar o incisivo, o mais cedo possível, para aproveitar o potencial de crescimento da maxila, proporcionando condições favoráveis para seu deslocamento anterior” (ALMEIDA, 2003, p.137).

A finalidade do tratamento da mordida cruzada anterior dentária é inclinar os dentes maxilares afetados labialmente para um ponto onde haja uma relação de mordida estável, que previna a recidiva. O tratamento pode envolver o movimento no sentido lingual dos incisivos mandibulares, o movimento no sentido vestibular dos incisivos maxilares, ou ambos (LEITE et al., 2017, p.98).

Após a confecção do aparelho foi realizada a instalação (Figura 7) e ativação das molas. Orientamos sobre a forma correta de uso e a importância da colaboração para eficiência do tratamento. Explicamos também, as vantagens e o intuito do tratamento proposto e por fim esclarecemos as possíveis dúvidas.

Figura 7 – Instalação do aparelho



Fonte: Arquivo pessoal do Prof. Dr. José Norberto de Oliveira Júnior (2020)

A manutenção do aparelho foi feita semanalmente, para realizar a checagem da oclusão, ajustes necessários e ativação da mola. E na semana seguinte da instalação, a

paciente retornou a clínica e já pode ser observado um efeito do aparelho porque os incisivos se apresentavam de topo a topo, demonstrando que a paciente estava colaborando com tratamento. Sendo assim, foi realizada nova ativação das molas e orientamos a paciente para continuar com o uso do aparelho 24 horas por dia. Porém, os atendimentos nas próximas semanas foram suspensos, devido à pandemia.

Assim que os atendimentos foram restabelecidos, depois de três meses suspensos, a paciente foi imediatamente remarcada para uma reavaliação e pode-se observar que a MCAD havia sido completamente corrigida sem necessidade de mais nenhuma ativação. Ou seja, apenas duas ativações da mola foram suficientes para correção da MCAD. E a responsável nos relatou que a paciente usou o aparelho somente por apenas duas semanas após a última ativação. Isso nos levou a conclusão de que o tempo gasto para a correção desta má oclusão foi de mais ou menos 21 dias. Não foi necessário o uso do aparelho como contenção, pois a paciente passou um bom tempo sem utilizar o aparelho e não ocorreu recidiva da MCAD conforme podemos observar nas Figuras 8 e 9 que foram obtidas no dia do retorno da paciente após o recesso devido a pandemia do Coronavírus.

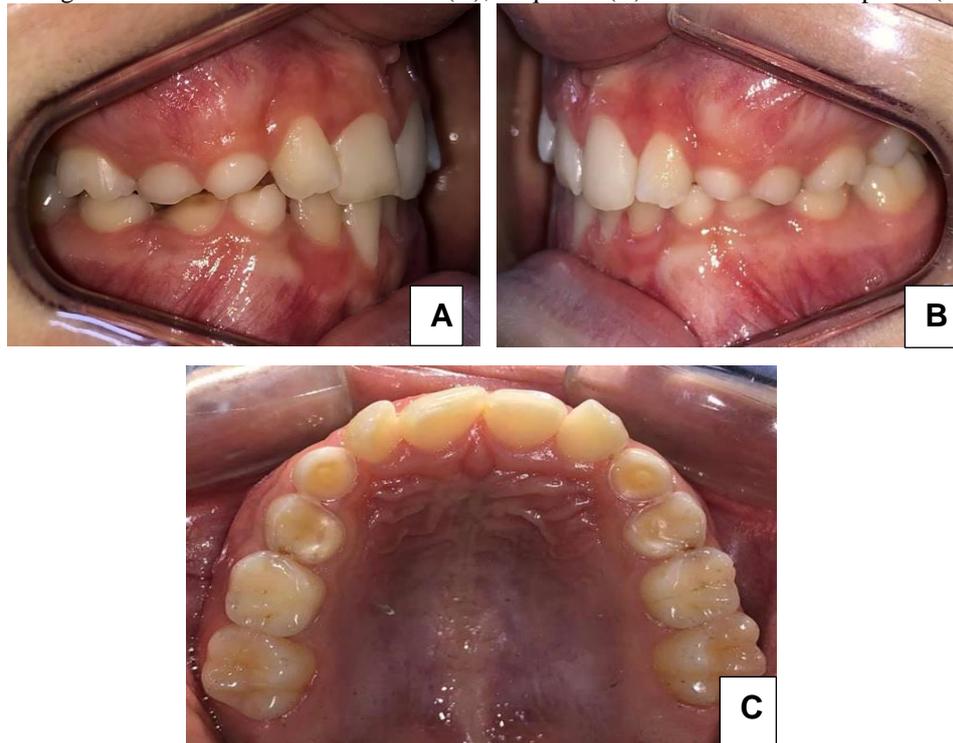
Figura 8 – Fotografia final frontal da oclusão



Fonte: Arquivo pessoal do Prof. Dr. José Norberto de Oliveira Júnior (2020)

As próximas imagens também nos mostram, por uma visão lateral e oclusal, que a MCA foi corrigida e melhora da inclinação dos dentes em questão (Figuras 9 A, B e C).

Figura 9 - Fotografia final da oclusão- lado direito (A); esquerdo (B) e arcada dentária superior (C)

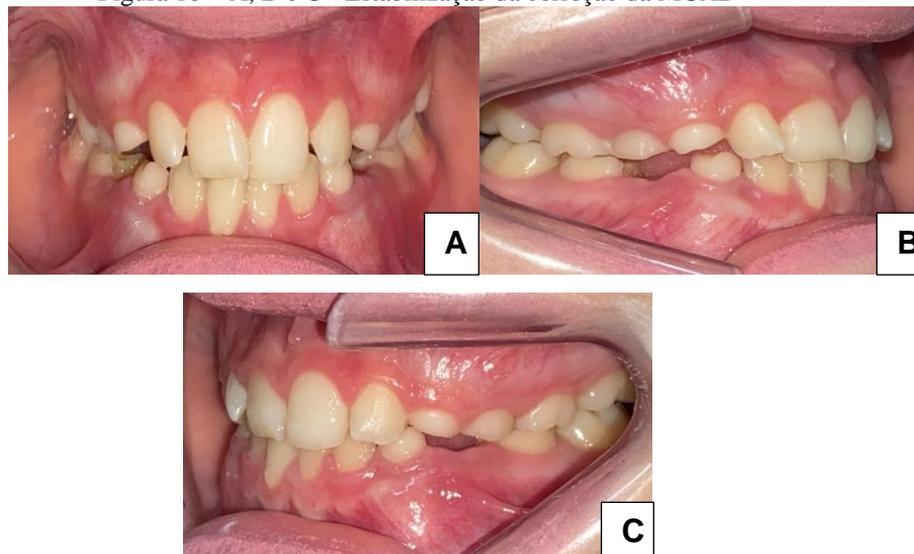


Fonte: Arquivo pessoal do Prof. Dr. José Norberto de Oliveira Júnior (2020)

Observou-se que o aparelho escolhido para correção realmente se apresentou muito eficiente porque com apenas 2 ativações foram suficientes para correção da má oclusão. Podemos concluir a partir disso que o método escolhido foi eficaz e rápido no tratamento da MCAD, evitando interferências oclusais. Após a finalização desta etapa, é importante continuar o acompanhamento e o controle da paciente, para correções futuras, se necessárias.

Após 6 meses foi realizado uma consulta para o controle do tratamento para avaliarmos se o tratamento realizado, teria sido eficaz e se continuava estabilizado. Durante a avaliação, notamos que realmente o problema havia resolvido, continuava sem recidiva e estável. Além disso pode-se observar que a melhora da inclinação dos dentes promoveu também uma melhora na recessão gengival (Figuras 10 A, B e C). Ou seja, com a correção dentária promovida pelo aparelho conseguiu-se também uma melhora gengival na região do incisivo central inferior. Tanto que a paciente e a mãe mostraram muito satisfeitas e agradecidas.

Figura 10 – A, B e C - Estabilização da correção da MCAD



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2020)

A correção da mordida cruzada anterior na fase de dentadura mista é recomendada a fim de evitar que esta condição dentofacial possa resultar no desenvolvimento de uma oclusão classe III verdadeira (NGAN et al., 1997).

A mordida cruzada anterior é facilmente diagnosticada por um cirurgião dentista e o tratamento precoce é indicado a fim de corrigir o desequilíbrio esquelético, dentoalveolar e muscular existente ou ao menos minimizar a necessidade de um tratamento corretivo complexo no futuro (LEITE et al., 2017, p.98).

De acordo com Fernandes et al. (2019), a MCAD não é uma condição que apresenta autocorreção com o desenvolvimento e crescimento, pelo contrário, tende a ser agravada, o que dificulta e torna o prognóstico desfavorável. Portanto, deve ser diagnosticada e tratada o mais precocemente possível para obter sucesso e para a redução das possíveis consequências.

Diante do exposto, vale ressaltar que o acompanhamento com o Odontopediatra/Ortodontista durante o desenvolvimento dos dentes e da oclusão é de suma importância. Porque qualquer alteração pode ser constatada o mais cedo possível possibilitando um tratamento rápido e eficaz como ocorreu no caso apresentado acima. Existem vários métodos para a correção da mordida cruzada anterior dentária com altos índices de sucesso, porém, tão importante quanto a escolha do método, é o diagnóstico correto e o tratamento precoce, auxiliando com grande relevância no prognóstico.

2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Bruna Ribeiro Rocha

Meu nome é Bruna Ribeiro Rocha, tenho 23 anos, sou natural de Oliveira - Minas Gerais (MG). Minha experiência na infância com dentista foi muito boa, sempre ficava ansiosa para as consultas, pois a profissional sempre tornou as minhas idas lá leves e divertidas, amava receber o balão de luva no final do atendimento e isso me fez admirar muito essa profissão, mas mesmo assim não havia pensado na possibilidade de cursar Odontologia.

Durante o ensino médio, mesmo com toda aquela indecisão sobre qual curso escolher, tinha certeza de que escolheria algo relacionado à saúde, uma vez que sempre me interessei pela área biológica e do contato com pessoas, foi aqui que comecei a pensar em fazer Odontologia.

Devido a essa dúvida, quando terminei o 3º ano preferi fazer um ano de cursinho para ter certeza daquilo que escolheria para a minha vida. Ao longo do ano de 2016 prestei vestibular para os cursos de Nutrição, Odontologia e Fisioterapia, e ao final deste, depois de muita pesquisa, decidi que faria Odontologia.

Fui aprovada no vestibular do UNILAVRAS em 2017 e fiz minha matrícula. Escolhi o UNILAVRAS por ser um lugar que tem ótimas referências sobre o curso e excelentes profissionais, e hoje tenho certeza de que aquela escolha que fiz lá trás, não poderia ter sido diferente. Através da faculdade pude perceber o quanto é gratificante essa profissão e o quanto o sorriso tem impacto na vida das pessoas.

Meus pais nunca tentaram influenciar na escolha do curso, por isso, quando disse que faria Odontologia me deram total apoio e isso foi fundamental para que desse tudo certo.

O primeiro ano, sem dúvidas, foi o mais desafiador, minha timidez atrelada a morar sozinha, em uma cidade diferente onde não conhecia muitas pessoas e não tendo muita certeza da escolha do curso me fizeram pensar em trancar. Mas depois de muita conversa com meus pais e sabendo que minha irmã iria morar comigo no próximo ano, me ajudaram a entender que eu estava era com medo, pois tudo aquilo era muito novo.

A partir do segundo ano de faculdade, com início das aulas práticas, percebi que estava no caminho certo. Ao longo do curso fui me identificando com algumas especialidades. O caso clínico que vou apresentar mostra o quanto é importante olhar o paciente por completo e não estar preocupado somente com a queixa principal que fez ele te procurar.

2.2.1 Desenvolvimento da Atividade

Paciente de 30 anos, gênero masculino, procurou a Clínica Odontológica do UNILAVRAS para a exodontia dos terceiros molares. Como ele já tinha o prontuário e era recente, não foi necessário fazer outro, foi somente atualizado. Revisou-se o cadastro do paciente para o caso de que houvesse uma possível troca de telefone e endereço.

Balduino et al. (2012) citado por Brandão et al. (2018) falam que o termo anamnese significa recordar à mente fatos relacionados a uma pessoa e suas manifestações de doença, que ela tem como um de seus pilares a aproximação e o alcance de uma boa relação entre o profissional e o paciente, criando um vínculo, facilitando a adesão do paciente ao tratamento, pois aumenta a confiança no profissional.

Para Kreuger et al. (2011), a anamnese deve ser feita no primeiro contato do cirurgião-dentista com o paciente, antes da realização do exame físico, para que ele possa relatar sua história médica e da doença atual, e o profissional deve extrair o máximo de informações relevantes. Essas informações devem ser transferidas para uma ficha clínica e, se necessário, realizar perguntas adicionais.

Com a anamnese é possível prever algum problema médico que alterará a resposta do paciente ao anestésico que vai ser usado na cirurgia.

O paciente relatou que faz uso do medicamento Bupropiona, para ansiedade e não foi constatada nenhuma alteração sistêmica. Quando perguntado se sentia dor, ele disse que há alguns meses estava doendo, mas que naquele momento não estava mais. Durante o exame clínico foi observado que os dentes se encontravam erupcionados e em oclusão e não foi preciso pedir uma radiografia panorâmica, pois o paciente tinha uma radiografia bem recente.

De acordo com Coclete et al. (2015), as radiografias panorâmicas são importantes pois permitem, somente em uma imagem radiográfica, analisar todos os dentes, tanto superiores, quanto inferiores e as estruturas adjacentes a eles.

A radiografia panorâmica é muito importante para auxiliar no diagnóstico, mas como disse Updegrave citado por Coclete et al. (2015), ela deve ser um método complementar e não substituto da radiografia intrabucal.

Durante a avaliação da radiografia panorâmica (Figura 11) foi observado que o paciente apresentava um dente supranumerário erupcionado na distal do elemento 28.

Figura 11 - Radiografia panorâmica para avaliação dos terceiros molares



Fonte: Prontuário do paciente arquivado na Clínica de Odontologia do UNILAVRAS (2021).

De acordo com Giotti et al. (2014), o dente supranumerário pode ser formado tanto na dentição decídua quanto na dentição permanente e é considerado uma desordem ou uma anomalia numérica. Eles não apresentam características de dentes humanos e geralmente apresentam um formato mais cônico. Podem ocorrer de forma unitária ou múltipla tanto na maxila quanto na mandíbula e podem ser chamados de dente extranumerário, hiperdontia ou supranumerário. E geralmente são evidenciados nas radiografias.

Radiograficamente também foi observada uma área radiolúcida na região do primeiro molar inferior direito, dente 46. Necessitando de um tratamento endodôntico.

Nas clínicas de cirurgia, minha parceira de dupla, Ana Luísa Lopes, e eu, sempre dividíamos a quantidade de procedimentos a serem realizados durante o tratamento e dessa vez não foi diferente.

Depois de analisar a radiografia panorâmica e fazer o exame clínico intra oral, conversamos com o paciente a respeito da exodontia do dente supranumerário, uma vez que ele era bem menor do que os outros dentes e bem atrás, o que dificultava a higienização.

Os terceiros molares do paciente já tinham irrompido, se apresentavam em oclusão e ele não sentia dor. Ao explicarmos que não precisaria fazer a exodontia, pois os dentes estavam bem-posicionados e não tinha sintomatologia, ele ainda sim optou por extrair-los, alegando que por estarem muito atrás, dificultava a higienização. Então marcamos o dia da cirurgia, e ficou decidido que a minha dupla faria a extração do supranumerário e dos elementos 28 e 38 e eu faria a exodontia dos dentes 18 e 48.

As cirurgias foram realizadas no Centro Cirúrgico do UNILAVRAS, um lugar onde tanto paciente quanto o profissional devem entrar com pró-pé e touca, como prevenção de contaminação e proliferação de vírus e bactérias, ou seja, para aumentar a cadeia asséptica. Todas as exodontias foram supervisionadas pelos professores Dr. Bruno Matos e Dr. José Luiz Rigato.

Como disseram Progel, Kahnberg e Andersson (2016), as cirurgias devem ser realizadas sob condições assépticas, incluindo por parte do cirurgião e de seu assistente a escovação das mãos, uso de luvas estéreis, gorros, máscaras e instrumentais esterilizados, sendo que o paciente deve ser coberto por um campo cirúrgico estéril.

A sequência clínica realizada foi: paramentação, para criar uma cadeia asséptica para a realização da cirurgia, montagem da mesa cirúrgica (Figura 12), posicionamento do paciente na cadeira odontológica, assepsia intra bucal com bochecho de Clorexidina 0,12% e antisepsia extraoral, passando Clorexidina 2% ao redor da boca com a pinça Collin e uma gaze.

Figura 12 – Mesa Cirúrgica



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

Foi usado o anestésico lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000, pois o paciente não apresentava nenhuma alteração sistêmica e que segundo Malamed (2013), a Lidocaína em comparação com a Procaína, por exemplo, tem o início de ação mais rápido (de 3 a 5 minutos versus 6 a 10 minutos) produz uma anestesia profunda, tem duração de ação mais longa e maior potência. E uma grande vantagem dela é que as reações anestésicas são praticamente inexistentes.

Ainda segundo Malamed (2013), a inclusão da Adrenalina no anestésico diminui o fluxo sanguíneo, diminuindo o sangramento na área de infiltração da substância, e por causa disso o anestésico é absorvido lentamente pelo sistema cardiovascular, permanecendo por

mais tempo no local da administração. A anestesia tem uma duração de aproximadamente 60 minutos na polpa e de 3 a 5 horas nos tecidos moles.

Foram realizadas as técnicas anestésicas, sendo que na maxila foi a Alveolar Superior Posterior (anestesia do nervo alveolar superior posterior) e a Palatino Posterior (anestesia do nervo palatino maior) e na mandíbula foi realizada a Pterigo Mandibular (anestesia do nervo alveolar inferior, nervo Milo Hioideo e o nervo Lingual).

Na exodontia dos elementos superiores, foi realizado o deslocamento com o descolador de Molt e a espátula 7 ao redor da coroa do dente. Depois com o auxílio das alavancas, foi feita a luxação e com o uso do fórceps foi feita a remoção do elemento. Em seguida foi realizada a limpeza do alvéolo com soro fisiológico, com posterior curetagem para a formação do coágulo que é responsável pela cicatrização. Em seguida foi realizada a limpeza do alvéolo com soro fisiológico com posterior curetagem para a formação do coágulo, já que sem ele não ocorre a cicatrização, podendo desenvolver uma alveolite quando esse coágulo se descola, se dissolve ou quando não é formado. E, por fim, foi feita a sutura em X, com fio de Nylon.

Na extração dos elementos superiores não foi necessária a profilaxia antibiótica, uma vez que o risco de infecção é muito menor e o paciente não apresentava nenhuma alteração sistêmica que a necessitasse. Já, para os inferiores foi necessário, uma hora antes para que, se no momento da cirurgia precisasse fazer osteotomia, o paciente já estaria medicado. Ele foi medicado com 2 cápsulas de Amoxicilina 500mg e 2 comprimidos de Dexametasona 4mg.

Como disse Zanatta et al. (2011), a administração profilática de antibióticos é uma prática muito comum em cirurgia bucal, e tem como objetivo diminuir a incidência da infecção pós-operatória.

Foi realizado o deslocamento com o descolador de Molt e a espátula 7 ao redor da coroa do dente. Com a alavanca reta foi feita a luxação e remoção do elemento dental. Após a remoção, foi feita a limpeza do alvéolo com soro fisiológico, a curetagem para a formação do coágulo e a sutura em X com fio de Nylon.

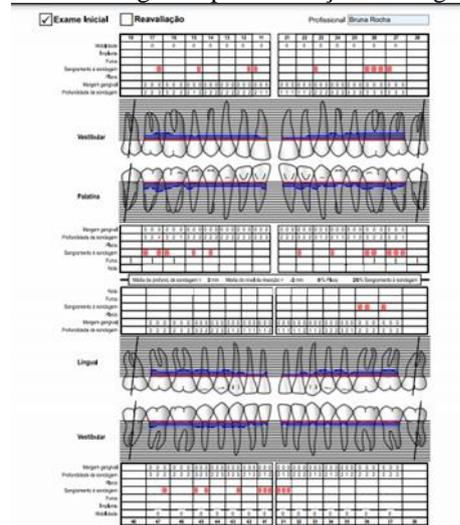
Após todas as exodontias o paciente foi instruído a ficar mordendo uma gaze por 30 minutos para ajudar no controle do sangramento e também foi passado por escrito todas as orientações pós-operatórias que ele deveria seguir. Após realizada as exodontias, o paciente foi encaminhado para a Clínica Integrada para tratamento das suas necessidades, inclusive do tratamento endodôntico.

Como ele não tinha as fichas de cada especialidade preenchidas foi necessário fazê-las primeiro, uma vez que na clínica temos que seguir uma sequência de tratamento que é: urgências, periodontia, endodontia, dentística e prótese.

Neste caso o tratamento endodôntico não entra como urgência, uma vez que o paciente não apresentava nenhuma sintomatologia.

A primeira ficha a ser preenchida foi o periograma, onde através de uma sonda periodontal introduzida no sulco gengival podemos medir as bolsas gengivais. Após o preenchimento é necessário passar as medidas para um programa chamado Periotools (Figura 13), para que ficasse tudo digitalizado.

Figura 13 - Periograma para obtenção do diagnóstico



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

O diagnóstico foi gengivite associada somente ao biofilme dental, não sendo necessária nenhuma raspagem, somente a evidenciação de biofilme e a instrução de higiene oral.

A próxima ficha preenchida foi a de exame clínico de Dentística (Figura 14), onde é necessário fazer uma análise dente a dente, observando e notando o que o paciente já tem, que pode ser uma restauração, tratamento endodôntico e também o que deverá ser feito, ou seja, deve ser anotado a condição atual de cada dente e qual o plano de tratamento.

Figura 14 - Exame clínico dental, situação atual e proposta de tratamento

Aluno(a) Priscila Ribeiro Rocha

Dente	Situação Atual	A fazer
11	avulsão	
12	LCISC na O	
16	LCISC na O	
15	LCISC na O	
14	LCISC na O e LCA na D	trat. complementar: bromelina
13	higiene	
22	higiene	
31	LCISC na P	
32	LCISC na P	
23	higiene	
24	LCISC na O	
25	LCISC na O	
26	rest. RC cl.T. e LCISC na D e P	
33	LCISC na D	
32	avulsão	
39	avulsão	
37	rest. RC cl.T. notagratia	
36	rest. RC cl.T. OM	
35	LCISC na O	
34	LCISC na O	
33	higiene	
32	higiene	
31	higiene	
41	higiene	
42	higiene	
43	higiene	
44	LCISC na O	
45	LCISC na O	
46	rest. RC cl.T.	
47	rest. RC cl.T.	
48	avulsão	

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

Benedicto et al. (2010), nos mostra a importância do prontuário nas implicações civis e criminais, uma vez que ela deve conter o estado bucal atual do paciente, como ele chegou para ser atendido por você, e também todas as anotações completa dos procedimentos, sem deixar de pedir para que o paciente assine, mostrando que ele concorda com todo o plano de tratamento proposto.

Como mostrado na Figura 14, o paciente apresentava lesões cáries inativas sem cavitações (LCISC), e o tratamento para essas lesões é somente acompanhamento. Já, para a lesão de cárie ativa (LCA) no elemento 14, que só foi possível fazer o diagnóstico através de uma radiografia interproximal (Figura 15), o tratamento foi utilizar o Enamelast que é um Verniz de Fluoreto de Sódio a 5%. A aplicação deve ser semanalmente e por ser de fácil aplicação pode ser feita enquanto outros procedimentos estiverem sendo realizados.

Figura 15 - Radiografia interproximal para análise das lesões cáries



Fonte: Prontuário do paciente arquivado na Clínica de Odontologia do UNILAVRAS (2021).

Como Godoi et al. (2019) nos mostra, a metabolização dos ácidos pelas bactérias é responsável pelo processo de desmineralização do esmalte e isso pode ser revertido e se transformar em uma lesão inativa. Uma forma de isso acontecer é através do controle mecânico do biofilme associado a um nível adequado de exposição ao flúor.

Ainda segundo os mesmos autores, uma das vantagens dos vernizes fluoretados é que além de ser de fácil aplicação, ele também se mantém em contato com a superfície desmineralizada do esmalte por mais tempo.

A próxima etapa foi o início do tratamento endodôntico do elemento 46. O diagnóstico foi necrose pulpar e o tratamento indicado foi a Necropulpectomia II, já que o dente apresentava uma lesão. Com a radiografia de estudo medimos o comprimento aparente do dente (CAD) (Figura16), uma medida que vai da ponta de cúspide até o vértice da raiz. Os valores encontrados foram: Canal distal: 21,5mm; Canal mesio-vestibular: 22mm; Canal disto-vestibular: 22mm.

Figura 16 – Radiografia periapical de estudo



Fonte: Prontuário do paciente arquivado na Clínica de Odontologia do UNILAVRAS (2021).

O paciente foi anestesiado, e devido à pandemia do covid-19, o isolamento absoluto está sendo feito antes da abertura coronária para diminuir a produção de aerossóis. Depois do dente isolado, foi feita a abertura coronária com o ponto de eleição na fossa central, utilizando a broca esférica 1012 de haste longa (HL), até a sensação de “cair no vazio”, que quer dizer que acessamos a câmara pulpar. A direção de trepanação é vertical e paralela ao longo eixo do dente.

Após cair no vazio, trocamos para a broca Endo Z, para dar a forma de contorno, que é triangular ovalada de base para a mesial. E a forma de conveniência é paredes lisas e divergentes para a oclusal, para proporcionar um acesso direto e reto aos canais radiculares.

Após a abertura, foi feita a irrigação da câmara coronária com Hipoclorito de Sódio 2,5% e em seguida a exploração de cada canal, descendo com a lima K- file #08 de 2-3mm bem devagar intercalando com a irrigação até chegar no comprimento real do instrumento (CRI) que é o CAD-2mm.

Depois de todos os canais explorados, foi colocado uma bolinha de algodão com Tricresol Formalina, que segundo Lopes e Siqueira (2020) é um agente antimicrobiano que vai agir tanto pelo seu contato direto quanto pela liberação de vapores ativos, e feito o selamento, com Coltosol e Cimento de Ionômero de Vidro.

Na sessão seguinte o selamento foi removido, e após a irrigação de todos os canais e a sua exploração, foi feito o pré-alargamento com a lima rotatória 25.05 no CAD – 5mm, com movimentos de pincelamento na zona de segurança, que é a região oposta a furca. Sempre irrigando, entre uma etapa e outra, inundando e sugando muito bem o canal. Depois foi feita a odontometria (Figura 17), para encontrar o comprimento real do dente (CRD) e o comprimento de trabalho (CT), obtendo os seguintes valores:

Canal distal:	Canal mesio-vestibular:	Canal disto-vestibular:
- CAD: 21,5mm	- CAD: 22mm	- CAD: 22mm
- CRI: 19,5mm	- CRI: 20mm	- CRI: 20mm
- CRD: 22mm	- CRD: 22mm	- CRD: 22mm
- CT: 21mm	- CT:21mm	- CT: 21mm

Figura 17 - Odontometria



Fonte: Prontuário do paciente arquivado na Clínica de Odontologia do UNILAVRAS (2021).

Depois de realizada a odontometria foi feita a patência com a lima K-file # 10 manual no CRD. Com a lima rotatória 25.05 foi feita a formatação final até o CT. Para a limpeza final, foi utilizado o easy clean que segundo Lopes e Siqueira Júnior (2020) é um instrumento plástico que possui 0,25mm e 0,04 de conicidade, onde é conectado no motor de baixa

rotação. Sua função é a agitação do líquido irrigador do canal para promover a remoção de detritos dentinários e o provável biofilme aderido nas paredes que não foram tocadas pelo instrumental.

Como medicação intracanal, foi utilizado a pasta de Hidróxido de Cálcio em toda a extensão do canal. “As pastas de hidróxido de cálcio funcionam como barreiras física e química, retardando significativamente a recontaminação do canal quando da exposição à saliva por perda do selador coronário” (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2020, p.499). Após a colocação do medicamento, foi colocado uma bolinha de algodão, Coltosol e Ionômero de Vidro para fazer o selamento do dente (Figura 18).

Figura 18 - Radiografia da pasta de Hidróxido de Cálcio



Fonte: Prontuário do paciente arquivado na Clínica de Odontologia do UNILAVRAS (2021).

Devido à pandemia do Coronavírus Disease 2019 (COVID-19), que já dura muitos meses, o tratamento foi prejudicado, uma vez que os atendimentos foram interrompidos várias vezes, sendo assim, o tratamento endodôntico foi iniciado, mas não pôde ser finalizado.

Concluo esse trabalho mostrando como é importante olhar o paciente como um todo, devemos escutar todas as suas queixas, mas também ficar atentos a tudo que os exames podem nos mostrar, uma vez que o paciente procurou a clínica somente para a exodontia dos terceiros molares e através da radiografia foi possível notar a lesão periapical.

2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Gabriella Vieira Gonçalves

Meu nome é Gabriella Vieira Gonçalves, sou natural de Ubá - MG, morei minha infância e parte da adolescência em Guidoal - MG. E mudei para Lavras - MG com a minha família, devido ao emprego do meu pai. Formei no ensino médio e não sabia ao certo qual carreira gostaria de seguir, mas já tinha uma preferência pela área da saúde. Após me formar e

com várias indecisões sobre o que fazer, comecei a trabalhar numa loja de roupas durante nove meses, e eu era a responsável pela parte de roupas íntimas e pelo caixa. Mas sempre com o intuito de ingressar numa faculdade, decidi fazer um ano de curso pré-vestibular para definir melhor qual curso gostaria de exercer. Algumas profissões passaram pela minha cabeça, como: Nutrição, Enfermagem, Medicina e Odontologia. Todas com o propósito em poder ajudar o próximo, que é o que me encanta na área da saúde. Dessa forma, procurei me informar um pouco sobre cada área e me apaixonei pela carreira de Cirurgião-Dentista!

Quanto à universidade que iria escolher não foi difícil, pois como já havia alguns anos que eu morava em Lavras com a minha família, o UNILAVRAS era a faculdade mais próxima, além de ser muito bem requisitada e também influenciada pelo meu irmão que já fazia um curso na instituição. Então não tive dúvidas em relação à escolha, porque iria ficar perto da minha família.

Com isso, fiz o vestibular do UNILAVRAS e para minha felicidade quando o resultado foi divulgado, eu havia sido aprovada! Senti um pouco de medo do que estaria por vir, mas fui e me entreguei por inteira à escolha que fiz para toda minha vida. Tem uma frase que minha mãe sempre me fala, que é: “Vai com medo, mas vai!”.

Desde o primeiro período (2017) tive contato com as clínicas e com os pacientes, através da disciplina de Estágio Supervisionado I, com a professora Dra. Márcia de Fátima Soares. Lá, eu auxiliava os alunos que estavam nos períodos mais avançados e com isso, vi que era exatamente esse curso que eu queria seguir e que iria fazer parte da minha vida dali em diante.

Neste mesmo semestre, fomos visitar o Asilo Lar Augusto Silva (Figura 19), uma Instituição asilar para idosos (as) carentes com características domiciliar para acolhimento de pessoas acima de 60 anos, em situação de vulnerabilidade, negligência ou risco social. A princípio fiquei preocupada em não dar conta de fazer a higienização dos idosos, deles não deixarem ou não gostarem de mim. Mas para minha surpresa, eles ficaram numa alegria de irmos visitá-los e cuidar de cada um e eu fiquei encantada, apesar de uma das idosas ter dado ânsia de vômito enquanto eu fazia a higienização da língua dela com uma gaze, mas no final deu tudo certo.

Figura 19 - Visita ao Lar Augusto Silva – Lavras



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2017).

Nunca cheguei a pensar em desistir do curso, mas confesso que por muitas vezes tive medo de não dar conta de exercer o que era passado para nós, mas sempre conversei com Deus para me dar forças e seguir em frente, pois eu estava onde eu queria estar e não podia fraquejar. O apoio da minha família foi fundamental a todo o momento, eles acreditaram em mim a cada instante e sem eles eu não teria chegado até aqui.

Conforme fomos tendo aulas práticas em laboratório e principalmente, contato direto com pacientes na clínica do UNILAVRAS, minha admiração pela profissão foi crescendo cada dia mais e sabia que estava no caminho certo. E todo fim do dia eu me sentia realizada por poder promover saúde. Era tão gratificante receber um agradecimento e ver o sorriso de satisfação do paciente no final de cada procedimento.

A Odontologia é linda, porque é uma profissão que se preocupa com o sorriso, promove a saúde bucal e ainda pode ajudá-los como pessoa. Pude entender que eles não procuram apenas profissionais capazes tecnicamente, mas também profissionais com um olhar mais humano para eles, profissionais que não enxergam apenas dentes, mas sim que tenham a sensibilidade de enxergar o ser humano, que muitas das vezes necessitam apenas de um abraço. Uma simples atenção e conversa que você tem com o paciente, faz muita diferença, porque cada ser humano tem seus sentimentos, seus problemas e às vezes eles necessitam de uma palavra amiga.

Dessa forma, resolvi falar no meu portfólio sobre a Promoção de Saúde, que nada mais é que a prevenção das doenças e não o tratamento delas, é de nossa responsabilidade explicar

como ter uma boa higiene através de escovações supervisionadas, palestras, brincadeiras, teatros, entre outros.

2.3.1 Desenvolvimento da Atividade

Quando estava cursando o 5º período (2019/1), na disciplina de Promoção de Saúde II, que era ministrada pela professora Dra. Márcia e pelo professor Me. Luiz Henrique Júlio de Souza, tive algumas experiências incríveis dentro dessa disciplina e vou falar sobre cada vivência minha. Aprendemos o conteúdo teórico sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e para entendermos de perto como funciona o SUS, fomos ao PSF para vermos na prática, nesse dia conhecemos toda a área e todas as pessoas que trabalhavam lá, todos foram muito receptivos. O Consultório Odontológico é bem organizado, mas muito diferente do que costumamos ver, que é a clínica da UNILAVRAS. Vale lembrar que a Cirurgiã Dentista (CD) que estava no dia nos mostrou o PSF no geral, nos apresentou todas as pessoas que trabalhavam no mesmo e esclareceu as dúvidas que surgiam durante o dia.

Nossa turma foi dividida em grupos para colocarmos em prática o que tínhamos aprendido. O grupo era composto por seis colegas da minha sala, sendo eu (Gabriella), Ana Luísa, Bruna, Milena, Mylla e Vanessa. Primeiro fizemos o teatro na faculdade (Figura 20), no auditório da UNILAVRAS para nossos colegas de classe e para nossos professores. Todos apresentaram seus teatros e foi lindo ver o trabalho e o esforço dos alunos, com isso pudemos ver tanta empolgação de cada um para levar felicidade para os pequenos, de várias escolas e creches, foi um ensinamento muito produtivo e com muita alegria.

Figura 20 - Teatro realizado no auditório do UNILAVRAS



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2019).

Fomos em algumas escolas/CEMEIS (Figuras 21 e 22) apresentar o teatro para as crianças, e de uma certa forma, estar em um ambiente que eu adoro, que é estar perto delas. Realizamos atividades lúdicas, utilizando fantoches e uma linguagem de fácil entendimento para abordar os cuidados com a saúde bucal e com o auxílio de um macromodelo, foi realizada a demonstração correta da escovação dos dentes e a utilização do fio dental. E com isso, mostrar a figura do CD como um “parceiro, amigo” da criança, colaborando no cuidado da saúde dos dentes.

O teatro foi escrito, organizado, treinado e apresentado por nós membros do grupo, contando a história de uma criança (eu, Gabriella), que gostava muito de doces e não gostava de escovar os dentes após as refeições; a mãe (Vanessa); a Dentista que era a Mylla, que ensinava todos os cuidados para mim no Consultório Odontológico e com isso as crianças também aprendiam; o dente bom que era a Milena; o dente ruim que era a Ana Luísa e o “bichinho (bactéria)” do dente que era a Bruna.

Figura 21- Teatro sendo realizado no Colégio Unilavras



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2019).

Figura 22 - Teatro realizado no CEMEI Maria Olímpia Alves de Melo e as crianças nos assistindo.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2019).

Uma coisa que me chamou a atenção foi ver como essas crianças são carentes de atenção, cuidado e carinho. Pude perceber como a realidade de muitos é desafiadora e conseqüentemente as ensinam a serem fortes desde muito cedo. É nítido como a desigualdade socioeconômica ainda é uma triste realidade em nosso país. E como isto acaba influenciando muitas dessas crianças em seus estilos de vida.

A atenção precoce na Odontologia visa contribuir na formação de uma geração com menos problemas dentários, com mais qualidade de saúde bucal e mais consciente da importância da prevenção.

Dessa forma, realizamos o nosso trabalho nas escolas/CEMEIS com base em temas direcionados para o lado da Odontologia Preventiva, que ensina a técnica correta de escovação, o uso de fio dental, cuidados na higiene e na saúde bucal, procurando assim tornar um hábito no dia a dia. E quisemos dar ênfase na doença cárie, que é a doença mais comum nas crianças, mostramos que ela pode sim, ser prevenida e não só tratada.

A promoção da saúde é uma das estratégias do setor de saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população, e de acordo com a definição dada para saúde, a promoção de saúde é mais que “o bem-estar físico, mental e social”, é o desaparecimento de doença. Por isso, frequentemente os indivíduos, que acham que estar saudável é apenas não apresentar qualquer doença.

Neste sentido, a promoção de saúde deve ser vista de uma forma ampla. Ou seja, promover a saúde é muito mais que efetuar a prevenção de doenças. É não só melhorar a nossa condição de saúde, mas também melhorar a nossa qualidade de vida e o nosso bem-estar. Contudo, a prevenção de doenças é sem dúvidas um dos pilares cruciais da promoção da saúde.

De acordo com San Martín (2014), é necessário mudar o comportamento da população com relação ao atendimento odontológico para crianças, pois boa parte dela ainda desconhece essa forma de assistência, achando que a criança não tem problemas bucais e que só deve ir ao dentista quando necessitar. A literatura relativa à atenção odontológica precoce relata que quanto mais cedo a criança receber assistência, menos possibilidades terá de desenvolver lesões de cárie. Por isso, a atenção odontológica ao binômio mãe-filho deve iniciar-se no pré-natal, motivando-se e orientando-se a gestante sobre assuntos afins.

De acordo com Guimarães (2003) apud Sobral e Nascimento (2017), o aparecimento da cárie em crianças de baixa idade está diretamente relacionado à negligência materna. De fato, a maior parte das mães ainda é carente de informações a respeito destes problemas. Muitas desconhecem as causas que levam ao comprometimento dos elementos dentários dos seus filhos na primeira infância, os hábitos de higiene que devem ser introduzidos desde cedo, a importância de o bebê receber assistência odontológica antes do primeiro ano de vida, e que o fator dieta nesta idade também está diretamente relacionado com a cárie. Há algumas que até têm a informação, porém negligenciam nos cuidados, não pondo em prática o conhecimento adquirido.

Os pais têm que ter o controle na alimentação de seus filhos, fazendo uma dieta longe de alimentos cariogênicos, para prevenir o aparecimento da doença cárie. Lembrando que a prevenção não ajuda só na saúde bucal de cada indivíduo, como também ajuda na saúde em geral.

Além da doença cárie, há outras doenças bucais que podem ser prevenidas com as idas periódicas ao Dentista, como, doenças periodontais e até o câncer bucal. Sabemos que existem muitas doenças que começam pela boca, que podem provocar muitos problemas no nosso organismo, com isso cuidar da saúde bucal é de grande importância. Vale ressaltar que outro problema frequente é a halitose (mau hálito). Pode ter várias causas, como má higienização oral ou problemas gástricos.

É interessante destacar, que o momento da escovação é de muita importância para a saúde bucal, o jeito de passar o fio dental, qual é o melhor, o tipo de escova dental utilizar, o tamanho, tipo de cerdas, quanto tempo é necessário para trocá-la, o enxaguante bucal correto, se é usado com ou sem álcool, o tempo de uso, todas essas etapas são necessárias. Com isso, é essencial as idas do paciente ao dentista regularmente, para que ele examine e indique o melhor para cada um.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), a atenção à saúde bucal deve ser uma prática em todas as relações entre profissionais de saúde e cidadãos que utilizam o SUS para buscar diferentes pontos de apoio à saúde e nos diversos espaços do território brasileiro, como os PSFs, as comunidades, as escolas ou em consultas pessoais.

Existem três princípios fundamentais no SUS: universalização, equidade e integralidade. Universalização é a saúde como um direito de cidadania de todas as pessoas, o Estado garante esse direito e deve assegurar que todas as pessoas tenham acesso às ações e aos serviços, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Equidade tem como objetivo reduzir a desigualdade. Embora todos tenham direito a receber serviços, as pessoas não são as mesmas e, portanto, têm necessidades diferentes. Em outras palavras, equidade significa tratar a desigualdade desigual e investir mais onde é mais necessário. E por fim, a integralidade, que trata as pessoas como um todo e atende a todas as suas necessidades. Para isso, as ações devem ser integradas, incluindo promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Enfim, o princípio holístico assume a convergência da saúde com outras políticas públicas como pré-requisito para garantir que sejam realizadas ações intersetoriais entre as diferentes áreas com impacto na saúde pessoal e na qualidade de vida (BRASIL, 2017).

Nos últimos anos, observa-se um esforço para promover uma maior integração da saúde bucal aos serviços de saúde em geral, possibilitando a sinergia de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, atuação sobre determinantes sociais do processo saúde-doença, prevenção de riscos e doenças, e a consequente incorporação de práticas baseadas em evidências de efetividade (BRASIL, 2007, p.11).

Entretanto, a maioria das práticas promovidas como "promoção da saúde", principalmente no nível da atenção básica, ainda se limitam a estratégias baseadas em modelos tradicionais de intervenção educativa-preventiva, que se desenvolvem principalmente em ambientes escolares, com o foco em higiene bucal supervisionada, palestras e aplicações de flúor (KUSMA; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012)

Entender a promoção da saúde como estratégia para o processo de modificação de práticas sanitárias emerge, portanto, como o ponto de partida para o enfrentamento de desafios. A Promoção da saúde, além de ser uma das ações estratégicas da vigilância em saúde, é um dos eixos centrais estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a construção de uma abordagem integral do processo saúde-doença (KUSMA; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012, p.510).

De acordo com Silva et al. (2015), as vivências permitem, aos estudantes, gerarem, de forma crítica e reflexiva, a identidade de um profissional ético e humanista, que pode contribuir para a melhoria do acesso e cidadania, e que deve concentrar suas atividades não apenas em procedimentos técnicos, mas, também, procurar refletir e atuar considerando a importância da responsabilização com os agravos de saúde e problemas do usuário. Essa formação assume importância primordial. Esses estágios contribuem para: o desenvolvimento de competências e habilidades, aquisição de conhecimentos, melhor relacionamento interpessoal entre as equipes de saúde e ampliação do referencial social e cultural do processo saúde-doença. Nesse sentido, asseguro que vivenciar um pouquinho da realidade desses lugares foi uma ampla experiência que me levou a compreender o que nos espera fora da universidade.

Com isso, posso dizer que esses estágios e vivências fizeram total diferença na minha vida pessoal e acadêmica, porque pude perceber como foi importante, no meu processo de formação, no meu crescimento, para a geração de conhecimento e prestação de serviços à população. Além de me dar uma compreensão das funções dos serviços públicos de saúde e sua organização, administração, gestão e estrutura funcional, também consegui identificar a abordagem humanística e integral do processo saúde-doença. Pude conhecer o serviço público e seus procedimentos aplicáveis, não só entender a estrutura do SUS, mas também entender suas enormes dificuldades e infelizmente a saúde pública brasileira, ainda é muito precária.

2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Marina de Ázara Maia

Meu nome é Marina de Ázara Maia, tenho 22 anos e sou natural de Campo Belo – Minas Gerais (MG). Desde muito nova, eu sempre desejei fazer um curso superior, mas dentro de mim não havia uma escolha exata; eu apenas desejava cursar aquilo que me deixaria feliz e realizada. Em 2016, cursei o 3º ano do Ensino Médio, onde tudo começou a me encaminhar para a Odontologia. Um amigo de longa data, foi uma grande influência para esse momento de decisão, visto que suas irmãs já trabalham na área.

A partir daí, meus olhos brilhavam ao falar de Odontologia. Me apaixonei pela profissão através de visitas em feiras de profissões, muitos vídeos assistidos, imagens e pesquisas.

Na época (2016), participei do processo seletivo do UNILAVRAS (Centro Universitário de Lavras) e fui aprovada. Porém, eu ainda tentaria outras opções de faculdades, por meio da nota do ENEM (Exame Nacional do Ensino Médio). Assim, fui aprovada em outras cidades, mas, a que mais me chamou a atenção, foi a cidade de Poços de Caldas, onde consegui ingressar por meio do FIES (Fundo de Financiamento Estudantil). Não tinha dúvidas. Escolhi me mudar para uma cidade distante da minha (232,4 km) para seguir os meus objetivos, e assim começou minha história no curso de odontologia na faculdade Pitágoras de Poços de Caldas.

Eram horas de viagem, momentos de insegurança, muitas descobertas, novas amizades, além do apoio dos meus amigos, da minha família em geral, e, principalmente dos meus pais, que nunca mediram esforços para que eu me sentisse feliz e realizada.

Meses se passaram, até que surgiu a oportunidade de realizar um processo de transferência para Lavras, que, de fato, é uma cidade mais próxima da minha (60,3km). Depois de muitas conversas e pensamentos, resolvi abraçar essa mudança. E assim o fiz.

No segundo semestre de 2017, eu me encontrei. Era ali que precisava e queria estar. Me lembro como se fosse ontem como me senti acolhida pelo coordenador do curso de Odontologia, Prof. Dr. Douglas Campideli Fonseca, naquela mesa redonda de sua sala. O Prof. Dr. Douglas me recebeu de braços abertos, o que despertou uma grande sensação de conforto dentro de mim.

A partir dali, dei início a uma nova jornada da minha vida, com o apoio, principalmente, do meu irmão, Fernando e, da minha tia, Cláudia, os quais residiam na cidade de Lavras.

O caso clínico foi realizado e vivenciado na Clínica Odontológica do UNILAVRAS na disciplina de Clínica Integrada IV durante 8º período, sendo realizada por mim, Marina de Ázara Maia, com a supervisão do professor Me. Luís Otávio de Oliveira, professor Me. Sélem Vilela de Oliveira e do professor Me. Washington Loureiro Júnior.

2.4.1 Desenvolvimento da Atividade

Após um grande período com aulas apenas de modo remoto, devido à pandemia da COVID-19, em outubro de 2020, retornamos com nossas atividades presenciais, e, conseqüentemente, eu necessitava de mais pacientes para realizar os atendimentos.

Por muito tempo, ouvia minha mãe se queixando do escurecimento de um dente o qual, na verdade, era uma prótese fixa, instalada por meio de um pino. Senti no meu coração um grande desejo de convidá-la para ser minha paciente na Clínica Odontológica do UNILAVRAS, e assim eu o fiz, após a aprovação do professor Me. Sélem Vilela de Oliveira, mesmo com tantas reações de surpresa dos meus colegas de sala, pois, segundo eles, atender alguém da família não seria nada agradável naquele momento.

“Por tudo daí graças”. Essa é uma frase que ouço frequentemente em minha casa. Resolvi trazê-la para este caso, pois, com ela, pratico o sentimento de gratidão pela oportunidade que eu tive em poder atender a minha mãe, mesmo com alguns obstáculos, que seria sua necessidade de locomover de Campo Belo a Lavras, e as mais cautelosas medidas de proteção, devido ao cenário pandêmico vivido neste período.

No dia 29 de outubro de 2020, a paciente do sexo feminino, leucoderma, 52 anos, compareceu a Clínica Integrada de Odontologia do UNILAVRAS apresentando como queixa principal um “escurecimento em um dos dentes da frente” (Figura 23). Após realizar a anamnese, exames radiográficos e o exame clínico, os professores e eu, chegamos a conclusão de que era um caso de uma coroa dentária protética unitária sobre um retentor intrarradicular no elemento 22 (Incisivo Lateral Superior Esquerdo).

Figura 23 - Aspecto clínico inicial do elemento 22



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2020)

Algo me chamou a atenção. Surpreendentemente, o canal não estava obturado, e ali, havia um pino intrarradicular (Núcleo Metálico Fundido - NMF), o qual encontrava-se instalado de maneira inadequada, visto que não havia um preparo satisfatório do canal, a qualidade e o tamanho do pino não estavam de acordo, além de encontrar uma lesão periapical no elemento (Figura 24).

Figura 24 - Radiografia periapical inicial do elemento 22



Fonte: Prontuário da paciente arquivado na Clínica Odontológica do UNILAVRAS (2020).

Perante as informações citadas acima, o dente da paciente já havia sido submetido a um tratamento endodôntico, uma vez que existiam vestígios de material obturador dentro do canal. Diante disso, a intervenção proposta foi retratamento endodôntico recorrendo à necropulpectomia II e ao preparo para um novo retentor a fim de proporcionar o tratamento da

lesão periapical encontrada, uma obturação adequada e um preparo do canal para receber o núcleo.

O acesso para o retratamento tem sido chamado de desmontagem coronária, devido à frequente necessidade de separar ou remover a restauração coronária e radicular anterior. Seguindo o tratamento endodôntico inicial, a maioria dos dentes exige e recebe uma coroa protética total, e muitas vezes essa coroa é suportada por um pino e preenchimento (HARGREAVES, 2017).

Dessa forma, foi necessária a remoção do pino e da coroa. Como eram duas peças unidas, o uso da caneta de alta rotação juntamente com pontas diamantadas e brocas multilaminadas foi indispensável naquele momento, visto que a coroa protética deveria ser destruída para conseguir chegar até o pino intrarradicular, o qual foi removido com o auxílio de um ultrassom.

O novo retentor intrarradicular escolhido nesse caso, foi o Núcleo Metálico Fundido (NMF), levando em consideração sua versatilidade, já que possui capacidade de se adequar a anatomia do canal radicular, apresenta grande rigidez e melhora a distribuição de cargas mastigatórias na raiz. Para iniciar o procedimento citado, foi preciso realizar uma moldagem parcial da arcada superior para confecção de um dente provisório, em que foi utilizada a técnica da moldagem prévia (Figura 25).

Figura 25 - Moldagem parcial da arcada superior para confecção do elemento provisório



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2020).

O próximo passo foi o desgaste da coroa total fixa, com o objetivo de alcançar completamente o NMF presente (Figura 26).

Figura 26 - Aspecto do núcleo após a remoção da coroa



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2020).

Após desgastar toda a coroa que existia, o próximo passo foi cimentar o elemento provisório, substituindo o elemento 22 (Figura 27).

Figura 27 - Aspecto clínico do provisório substituindo o elemento 22



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2020).

Segundo Cláudia Volpato (2011), as próteses provisórias são elaboradas com resina acrílica e servem de modelo para a prótese definitiva, sendo possível alcançar vários objetivos durante sua utilização, como proteger as papilas gengivais pela restauração dos pontos de contato interproximais, manter a estabilidade da oclusão e a saúde da gengiva enquanto se aguarda a prótese definitiva, auxiliar no condicionamento tecidual mantendo a integridade da

arquitetura gengival, além de auxiliarem na fonética adequada e proporcionar bem estar ao paciente através da estética.

Estando pronta a prótese provisória, a paciente foi liberada para ir para casa, já que não teríamos tempo para darmos continuidade ao tratamento naquele dia. Na tarde do dia seguinte, ela retornou, e com o uso do ultrassom, realizamos a remoção do pino intrarradicular, mesmo com o risco de fratura da raiz.

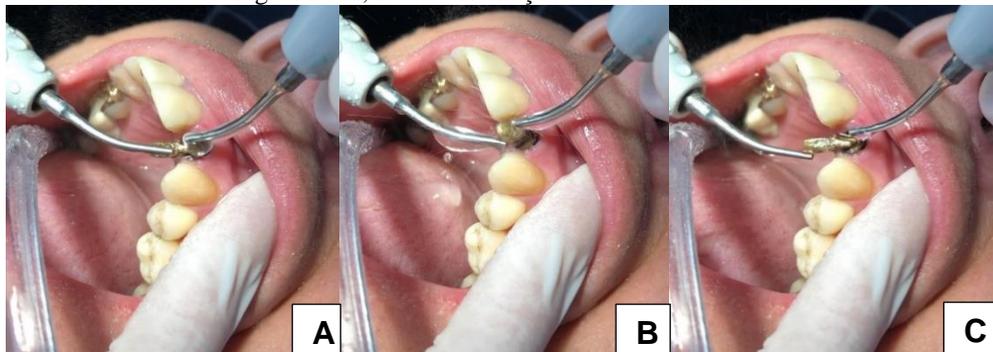
Nesses momentos em que o paciente corre um determinado risco, é normal que ele se sinta apreensivo, mas assim como descreve Alves Rezende et al. (2015), ao o acolhermos, permitimos o relacionamento e a criação de vínculo entre ele e a equipe odontológica. O acolhimento gera as relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado, constituindo uma ferramenta tecnológica imprescindível no cuidado em saúde.

Dessa forma, no meu caso, acolher quem tanto já me acolheu na vida, não é apenas uma forma de humanização como citado. É, mais do que nunca, por meio do vínculo existente, retribuir cuidado, carinho e transmitir confiança. Era hora da minha mãe confiar na minha habilidade profissional, assim como deposito tanta segurança nela em todos os momentos da minha vida.

Dando continuidade ao tratamento, segui então para a remoção do núcleo existente (Figuras 28A, 28B, 28C). Foram utilizados dois ultrassons na potência 100% com pontas E12 – Post Removal HP, a fim de facilitar a sua retirada.

Garrido citado por Bianchini (2017) disse que o uso do ultrassom traz como vantagem aplicação de menor força para remoção, já que as vibrações atuam na linha de cimento, causando sua ruptura.

Figura 28 A, B e C - Remoção do núcleo existente



Fonte: arquivo pessoal da autora (2020).

Vale lembrar que o uso de refrigeração deve ser mantido, considerando o risco de alcançar altas temperaturas prejudiciais aos tecidos adjacentes. A imagem abaixo (Figura 29)

mostra a grande destruição coronária observada após o núcleo intrarradicular ser removido seguindo todas as recomendações de uso dos ultrassons.

Figura 29 - Aspecto do elemento 22 após a remoção do núcleo intrarradicular



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2020).

Prezando pela otimização do tempo, resolvemos utilizar o núcleo removido como provisório, o qual foi reembasado na prótese provisória que já havia sido confeccionada. (Figura 30).

Figura 30 - Aspecto do núcleo reembasado na coroa provisória



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2020).

É imprescindível que antes de iniciarmos qualquer outro tratamento, a prótese provisória esteja pronta. Afinal, é uma garantia para que o paciente não volte para casa com a estética prejudicada.

Como nesse caso não existia uma obturação adequada e possuía uma lesão periapical, o acesso ao canal radicular tornou-se necessário (Figura 31), realizando uma reinstrumentação efetiva das paredes dentinárias do canal radicular para fornecer uma limpeza e modelagem que favorecesse a obturação de uma forma adequada.

Figura 31 - Isolamento absoluto à distância permitindo o acesso ao canal radicular

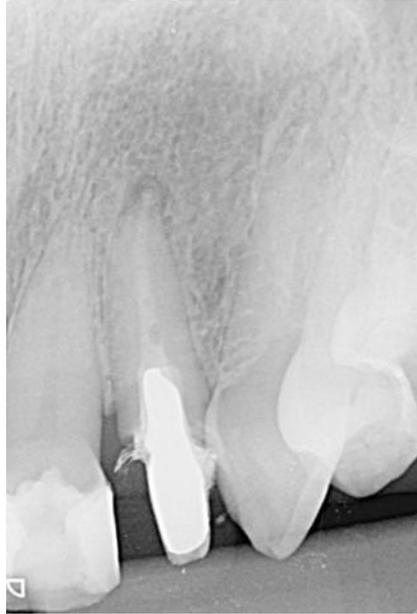


Fonte: Arquivo pessoal da autora (2020).

Clinicamente, a reinstrumentação é considerada completa quando não houver mais evidência de Guta-percha ou selador no instrumento endodôntico, as raspas de dentina excisadas forem de coloração clara e o canal radicular, por meio da sensibilidade tátil, apresentar paredes lisas e, imaginariamente, uma forma adequada que permita sua posterior obturação de maneira efetiva (PEREIRA; LOPES; SIQUEIRA JUNIOR, 2020, p. 613).

Ao finalizar a reinstrumentação realizada corretamente, é necessário que seja inserido o medicamento como curativo de demora ideal para o caso (Figura 32). Foi utilizada a pasta de Hidróxido de Cálcio UltraCal XS a fim de combater microrganismos, além de preencher o espaço do canal, evitando assim uma nova contaminação microbiana do mesmo.

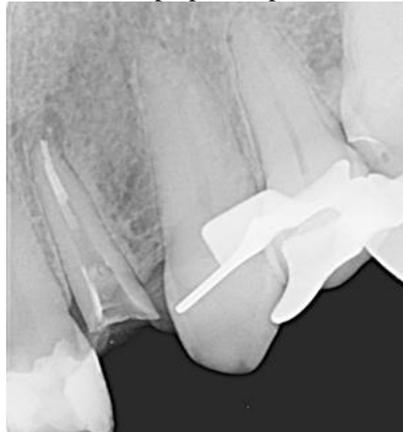
Figura 32 - Canal preenchido por pasta de Hidróxido de Cálcio UltraCal XS



Fonte: Prontuário da paciente arquivado na Clínica Odontológica do UNILAVRAS (2020).

Após 15 dias, tempo suficiente para a ação da UltraCal XS, é necessário realizar a obturação do canal selando toda a extensão da cavidade. Nessa sessão, realizei a obturação e o preparo imediato para pino, desobturando 2/3 do canal e preservando aproximadamente 5mm do remanescente obturado (Figura 33), a fim de prosseguir para a confecção do NMF.

Figura 33 - Conduto preparado para receber o NMF



Fonte: Prontuário da paciente arquivado na Clínica Odontológica do UNILAVRAS (2020).

A técnica escolhida para a confecção do NMF foi a técnica direta, onde realiza-se a modelagem do conduto com resina acrílica vermelha (Duralay) em um pino de policarbonato, denominado como Pinjet. Esse material é inserido no canal e em seguida é reconstruído um

preparo para coroa total com a resina acrílica, obtendo-se assim a forma mais adequada para que seja confeccionado o pino definitivo em laboratório (Figura 34).

Figura 34 - Moldagem do conduto e reconstrução do preparo para coroa total



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2020).

O Pinjet deve ser enviado ao laboratório para que o NMF seja produzido, estimando-se um prazo de sete dias para a confecção do mesmo. Por conseguinte, na próxima semana o pino já estaria pronto para a cimentação.

De acordo com uma revisão de literatura realizada por Nolasco e Ledo (2018), a maioria dos NMF é fabricada de maneira inadequada, onde não seguem os princípios fundamentais protéticos, como comprimento e diâmetro do pino. Vale ressaltar que para o NMF, a extensão deve ser de $2/3$ do comprimento radicular.

Infelizmente o pino que seria cimentado se encaixou na maioria que é produzido inadequadamente, não apresentando $2/3$ do comprimento da raiz, deixando assim, um espaço considerável entre o pino e o remanescente obturado (Figura 35).

Figura 35 - NMF inadequado no canal radicular



Fonte: Prontuário da paciente arquivado na Clínica Odontológica do UNILAVRAS (2020).

Perante ao cenário pandêmico vivenciado naquele momento, já estávamos cientes de que poderíamos entrar em uma Onda Roxa, em que existem diversas restrições, dentre elas, o funcionamento da Clínica Odontológica do UNILAVRAS. E assim aconteceu. Era nossa última clínica antes de pararmos com os atendimentos temporariamente.

À vista disso, resolvemos cimentar o pino de maneira provisória, e, além do mais, teríamos uma oportunidade de estudar, analisar e tomar decisões sobre o que seria feito a partir dali, já que o pino estava insatisfatório para mantê-lo definitivamente.

Ao retornarmos às atividades, já estávamos com a decisão de um novo tratamento: Pino de Fibra de Vidro. Foi uma decisão feita a partir de diversas comparações, que nos mostrou o melhor caminho a ser seguido naquele momento.

Segundo Soares e Sant'Ana (2018), os NMF estão sendo substituídos pelos Pinos de Fibra de Vidro, pois estes últimos nos proporcionam grandes vantagens que são demonstradas atualmente, entre elas a intensa redução da incidência de fraturas na raiz, comprovada por meio de estudos, em que os NMF demonstraram índices de fraturas radiculares de até 80% quando comparados com os Pinos de Fibra de Vidro. Além disso, a nossa nova escolha nos permite ter mais segurança quando se trata de maior elasticidade, amortecimento de vibrações, maior capacidade de absorção de choques, menor custo, e, um ponto que foi muito importante para nossa escolha: menor tempo.

A partir dessa nova decisão, teria a quantidade de clínicas exata para a confecção do pino e parte laboratorial da coroa, antes de entrarmos de férias no mês de Julho. Foi uma questão que muito nos influenciou.

Marques et al. (2016) citados por Soares e Sant'Ana (2018), disseram que a técnica para utilização do retentor de fibra de vidro é simples, mas deve ser realizada cuidadosamente, sem negligenciar nenhum dos passos clínicos, a saber, seleção do diâmetro, comprimento e forma do pino a ser utilizado. Também é necessário haver um remanescente mínimo de 4,0 mm de material obturador e o tratamento da superfície do pino e do conduto radicular.

Após remoção do núcleo que havia sido cimentado provisoriamente, foi realizada a cimentação definitiva da nova técnica. Optamos por utilizar dois pinos, visto que o canal encontrava-se adequado para essa opção, em que escolhemos os diâmetros 1 e 0,5, resultando na adaptação correta dentro do canal (Figura 36).

Figura 36 - Pinos de Fibra de Vidro cimentados no canal radicular



Fonte: Prontuário da paciente arquivado na Clínica Odontológica do UNILAVRAS (2020).

A parte coronária foi reconstruída com Resina Composta (Figura 37), nos dando a possibilidade de obter um bom preparo para que pudesse ser realizada a moldagem de trabalho para a confecção da coroa definitiva.

Figura 37 - Parte coronária reconstruída com Resina Composta



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

Para que pudesse ser feita uma excelente moldagem, foram introduzidos dois fios retratores (#000) e (#00), entre a gengiva e o remanescente dental, seguindo os conceitos da técnica da moldagem em dois passos, em que com a permanência do fio #000, primeiramente deve ser realizada com material denso e em seguida, após realizar alívios, a moldeira deve ser inserida novamente, porém com o material fluido. Na realização deste procedimento, foi utilizado o Kit de Silicone de Condensação Zetaplus – Zhermack.

Com os moldes em mãos, o vazamento do gesso tipo IV e a tomada do arco facial com registro de mordida para a montagem do Articulador Semi Ajustável representavam o próximo passo, a fim de obter o modelo e a representação da Articulação Temporomandibular (ATM), o que reproduz os movimentos mandibulares para que pudesse ser enviado ao laboratório com o objetivo de confeccionar a coroa protética.

Dentre algumas opções apresentadas, a nossa escolha foi a Coroa de Cerâmica Pura, a qual nos fornece grandes vantagens quando comparada com outro tipo de material, além da ausência de metal, o que traz maior estética e naturalidade, sendo conhecida como *metal-free* (livre de metal).

Assim como conclui Rossato et al. (2010) é possível reestabelecer a estética em pacientes insatisfeitos com seu sorriso, realizando coroas *metal-free*, que é uma excelente alternativa estética e funcional. Ainda vale lembrar da sua biocompatibilidade e sua longa durabilidade.

Após sete dias do envio do modelo montado em articulador ao laboratório de prótese, já era possível realizar a cimentação da coroa escolhida (Figura 38). Para que tal

procedimento fosse realizado da maneira adequada, foi preciso seguir todos os passos rigidamente, uma vez que a prótese seria cimentada de maneira definitiva. Para isso, foi seguido todo o protocolo ideal, utilizando o cimento resinoso dual RELYX U200 CLICKER TR – 3M, pela sua alta estabilidade, elevada resistência de união em esmalte e dentina, excelentes propriedades mecânicas e tolerância à umidade.

Figura 38 - Coroa de Cerâmica Pura cimentada definitivamente (elemento 22)



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

Com muita satisfação, finalizamos o tratamento. É muito importante que todos os procedimentos realizados sejam preservados, prezando por maior longevidade dos resultados obtidos, pois sabemos que é um caso de menor estrutura dental, e pelo acompanhamento da regressão da lesão periapical existente, o qual deve ser observado de 6 em 6 meses, durante 4 anos.

A última clínica foi preenchida com muita emoção, já que o resultado foi positivo para a paciente para mim, e para todos os professores presentes naquele momento (Figuras 39 e 40).

Figura 39 - Comparação radiográfica do início ao final do tratamento



Fonte: Prontuário da paciente arquivado na Clínica Odontológica do UNILAVRAS (2020).

A imagem comparativa abaixo (Figura 40) nos mostra maior naturalidade, adaptação e estética após os procedimentos finalizados.

Figura 40 - Comparação clínica do estado inicial ao estado final do tratamento



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

É gratificante quando o paciente se sente realizado e podemos comprovar que nosso trabalho faz toda a diferença na vida do outro (Fig. 41).

Figura 41- Satisfação da paciente ao observar o resultado no espelho



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

A sensação de dever cumprido satisfatoriamente pode ser observada em meus olhos e no sorriso da paciente (Figura 42).

Figura 42 - Foto final da última sessão de atendimento



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

2.5 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Vanessa Gabriela Vieira

Meu nome é Vanessa Gabriela Vieira, tenho 22 anos, sou natural de Bambuí - Minas Gerais e ingressei no Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), em agosto de 2017. No início do ano de 2016, quando estava no 3º ano do ensino médio, a pressão sobre a escolha da profissão já começava e ser cirurgiã-dentista nunca foi a minha 1ª opção.

Desde criança eu dizia que iria fazer Arquitetura, realizei um vestibular no qual passei, mas pesquisando melhor vi que não era mais a minha cara, observei que eu não encontraria uma realização profissional nesta área e optei por não ingressar.

Perante a tantas incertezas que me rodeavam, a única convicção é que a área da saúde me fascinava. Nesta época, muitas colegas de sala falavam que a Odontologia tinha tudo a ver comigo. À princípio quando falavam do curso, eu ficava com o pé atrás, uma vez que vivenciei uma experiência negativa em um atendimento odontológico quando criança. Diante a tanta pressão de colegas, comecei a pesquisar sobre, fui me interessando, vendo que eu poderia ser diferente daquele profissional, que eu seria capaz de trazer uma mudança na vida e na saúde das pessoas através de um sorriso. Desse modo, após tanta indecisão, escolhi a Odontologia.

No início quando pensava em mudar de cidade era um grande desafio, visto que possuía um certo receio por ser bem apegada a minha família, mas meus pais sempre me incentivaram e me apoiaram em todas as minhas decisões. A partir disso, fui em busca de vestibulares em Belo Horizonte, pelo fato de que tenho familiares lá, optei por realizar na Newton Paiva e na PUC. Acabei escolhendo a Newton Paiva, ingressei assim que formei e logo de cara já me encantei, principalmente pela Anatomia.

Terminei o 1º período em Belo Horizonte, até que fiquei sabendo do UNILAVRAS, o que me deixou completamente animada, uma vez que a maioria dos meus amigos e meu namorado iriam morar em Lavras para iniciar a faculdade, além do que, é uma cidade mais próxima da minha. Então, logo fiz a minha inscrição através da nota do ENEM e acabei sendo aprovada no processo de transferência em 2017-2.

Inicialmente foi difícil porque entrei algumas semanas depois, estava em uma faculdade nova e como já tinha feito um período em outra eliminei algumas matérias da grade curricular e acabei ficando um pouco mais afastada da turma. Logo, consegui me adaptar, amar a faculdade, a Odontologia e assim tive a certeza de que fiz a escolha certa.

2.5.1 Desenvolvimento da Atividade

O caso clínico foi iniciado na clínica odontológica do UNILAVRAS na disciplina de Clínica Infantil II durante o 7º e 8º período. Sendo este caso realizado por mim, Vanessa Gabriela Vieira, com a supervisão do professor Dr. Gilberto de Oliveira Júnior e do professor Ms. Ricardo Augusto Barbosa.

O presente trabalho descreve um caso clínico de um paciente do gênero masculino, feoderma, com 12 anos de idade que compareceu à clínica acompanhado de sua mãe.

O primeiro contato entre o paciente e o cirurgião-dentista é uma das fases mais importantes no processo de tratamento, principalmente no caso do atendimento infantil. Segundo Silva et al. (2016) é comum deparar-se com diferentes tipos de comportamentos indesejados, gerados principalmente pelo medo, ansiedade ou dor, interferindo no atendimento odontológico. Nesses casos, é necessário o uso das técnicas de manejo comportamental não farmacológicas, que facilitam no progresso do tratamento.

De acordo com Rocha et al (2013), o exame do paciente está ligado a interpretação dos sinais e sintomas, de forma criteriosa e minuciosa, seguindo as quatro etapas distintas: anamnese, exame clínico, exames complementares e diagnóstico.

Em relação a anamnese, foi preenchida baseada em questionários referentes a identificação dos pais e do paciente, queixa principal, história odontológica, história médica, hábitos de higiene bucal e hábitos deletérios, dentre outros fatores. Durante a anamnese, foi comunicado que o paciente possuía bom histórico de saúde em geral, não possuía alergias, entretanto, não tinha bons hábitos de higiene bucal e, além disso, foi possível notar que era um paciente quieto, simples e bastante apegado a mãe. E quanto a queixa, a mãe relatou que ele tinha um dente “destruído” que o incomodava.

Logo após, foi realizado o exame físico extra e intra-oral. O exame extra-oral é realizado com inspeção, palpação, auscultação, percussão e a análise da ATM, olhos, boca, nariz, ouvido. Baseado nisso, foi constatado que não havia alterações significativas.

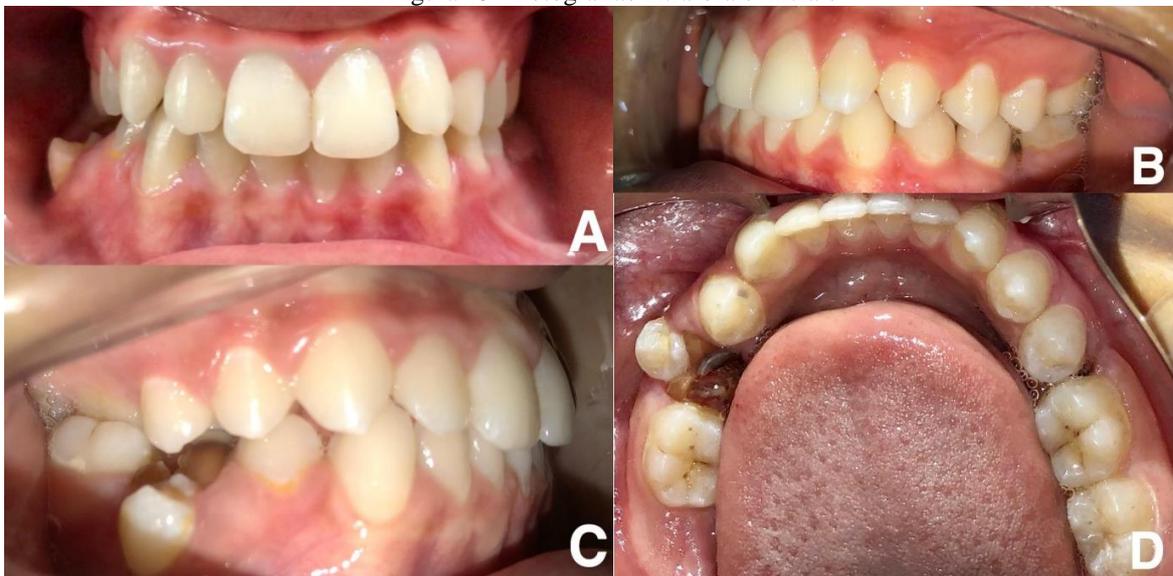
Conforme Guedes Pinto (2016), o exame extra bucal é iniciado pela região de cabeça e pescoço, no qual examina desvios de normalidade, ajudando no diagnóstico precoce de doenças sistêmicas ou bucais, que devem ser tratadas rapidamente e adequadamente, tornando assim o prognóstico favorável.

No exame intra-oral foi avaliado o periodonto de proteção, se o mesmo estava apresentando características saudáveis ou inflamatórias. Avaliou-se os tecidos moles e a dentição, e também buscou neste momento a presença de cáries, fraturas ou de ausências

dentárias. Diante disso, foi possível observar a presença de raízes residuais dos dentes 75 e 85, cujo elemento 85 estava com a coroa totalmente destruída e que com a falta da esfoliação espontânea deste dente ocasionou a vestibulo-versão do elemento 45. Também observou a presença de Lesão de Cárie Ativa com Cavitação (LCACC), Lesão de Cárie Ativa sem Cavitação (LCASC), Lesão de Cárie Inativa com Cavitação (LCICC) e Lesão de Cárie Inativa sem Cavitação (LCISC).

Para fins de documentação e diagnóstico foram realizadas as fotografias intra-orais e os exames radiográficos. As imagens foram registradas (Figuras 43 A, B, C e D) para observar e avaliar a situação clínica inicial do paciente.

Figura 43 - Fotografias intra-orais iniciais

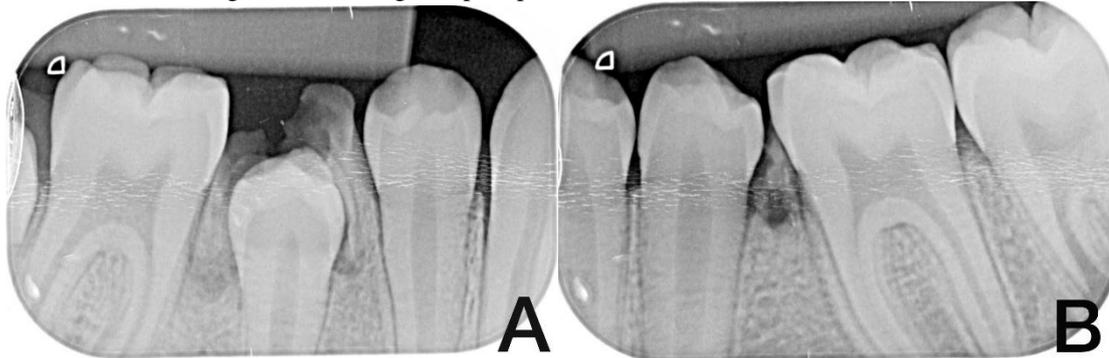


Sendo: Vista frontal em oclusão (A), vista lateral esquerda (B) e direita (C), vista oclusal inferior (D).

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2020).

A partir disso foram executados exames radiográficos periapicais das raízes residuais, respectivamente, dos elementos 85 e 75 (Figura 44). Segundo White e Pharoah (2015), as imagens radiográficas intraorais são o suporte para o dentista, imagens estas que possuem um critério de qualidade para interpretação e diagnóstico complementar na prática odontológica.

Figura 44 - Radiografia periapical do elemento 85 (A) e do 75 (B)



Fonte: Prontuário do paciente arquivado na Clínica de Odontologia do UNILAVRAS (2021).

Em seguida, foi realizada a avaliação ortodôntica, no qual é feita uma avaliação geral da oclusão quanto ao período de desenvolvimento que o paciente se encontra, dentadura decídua, mista ou permanente. Avaliou-se o aspecto facial, o padrão morfogenético que se enquadra, se o paciente apresenta algum apinhamento, se a linha mediana coincide ou se é desviada, dentre outros fatores. Foi feita também uma análise da relação sagital dos primeiros molares permanentes, da relação sagital dos caninos e a relação vertical dos incisivos.

Após o preenchimento da ficha ortodôntica, foi possível analisar que o paciente se encontrava na dentadura permanente, com aspecto facial simétrico e harmônico, possuía um padrão morfogenético I e a linha mediana coincidia. Além disso, foi observado a existência de um apinhamento secundário inferior do elemento 45 produzida pela retenção prolongada do 85 e de uma Mordida Cruzada Posterior Dentária (MCPD) do elemento 16. A presença do apinhamento dentário induziu o paciente a procurar ajuda de um profissional, visto que está relacionado a estética e a função.

A classificação de má oclusão ajuda a identificar os desvios da normalidade. Tanto a relação sagital dos molares permanentes e dos caninos se encontrava em classe I, em normalidade. A relação dos incisivos com trespasse vertical e horizontal eram ideais.

Sobre a Mordida Cruzada Posterior (MCP), Janson et al. (2013, p.86) dizia que:

O diagnóstico diferencial entre a mordida cruzada posterior de origem dentária e de origem esquelética, considera a gravidade da mordida cruzada, a forma do arco dentário e a presença de apinhamento isolado no arco dentário superior. Portanto, quanto mais grave a mordida, maiores as chances de haver envolvimento esquelético. A mordida cruzada de um dente apresenta origem eminentemente dentária, definida pelo mau posicionamento do dente cruzado (JANSON et al., 2013, p.86).

A MCP é a incapacidade dos arcos superior e inferior em ocluir normalmente em uma relação lateral, sendo a MCPD causada por uma inclinação axial lingual de um ou mais dentes superiores (JANSON et al., 2013).

No decorrer do exame clínico, foi possível notar o quanto a criança necessitava de um tratamento integral, pois possuía raízes residuais, alto risco de cárie, MCPD do 16 e o dente 45 em vestibulo-versão. Diante disso, no primeiro momento foi planejado a exodontia das raízes residuais, visto que foram denominadas como urgência, para que devolvesse o bem-estar ao paciente e para obter melhores condições bucais, tornando possível o início do programa preventivo.

Portanto, após o preenchimento do prontuário e da realização dos exames intra e extra-oral, foi marcado a próxima consulta para a exodontia e foi decidido que ambas as raízes seriam feitas na mesma sessão clínica. Entretanto não foi possível a realização devido a suspensão das aulas pela pandemia de COVID-19. Logo, remarcamos o atendimento para o ano de 2021.

Quando estabelecido a data de volta das clínicas no semestre de 2021, entrou-se em contato com o responsável para continuidade do atendimento odontológico. Neste contato, foi averiguado que o filho ainda não havia efetuado a exodontia das raízes residuais, sendo assim, foi agendado o procedimento.

Para a execução da exodontia, foi feita a paramentação que tem como finalidade uma criação de barreira contra a invasão de microrganismos. Após a montagem da mesa clínica, fez-se a antissepsia intrabucal com bochecho de Clorexidina a 0,12% e a antissepsia extrabucal com auxílio de uma pinça e de uma gaze embebida no Digliconato de Clorexidina a 2%.

Foi possível reparar que o paciente se encontrava nervoso e com medo no início do atendimento. Por consequência, no momento em que iria iniciar a aplicação da anestesia a criança esquivava-se, colocava a mão sobre a boca e retirava a cabeça do encosto da cadeira. Então mediante a um bom diálogo e também ao apoio da auxiliar em segurar a mão do paciente, foi possível acalmá-lo e assim reiniciar o procedimento.

Diante de uma situação de medo e estresse, a criança pode impedir uma performance adequada do profissional, por meio de movimentos bruscos e repetitivos com o intuito de fuga e autoproteção (SHITSUKA et al., 2015).

Para uma boa anestesia é necessário a junção da técnica executada corretamente com a escolha certa do anestésico local. Sendo assim, neste caso foi controlada a dor e

consequentemente mostrou êxito no procedimento para que pudesse progredir no tratamento, conquistando o paciente e trazendo um atendimento de qualidade.

A técnica anestésica utilizada foi a infiltrativa e o bloqueio de nervo alveolar inferior, o anestésico de escolha foi a Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000, devido a uma anamnese bem especificada e as condições sistêmicas normais apresentadas. Além disso, foi utilizado o anestésico tópico previamente a anestesia local a fim de amenizar a ansiedade e a dor durante a puntura da agulha. Em seguida, efetuou o teste com a sonda (Figura 45) para analisar se o anestésico local começou a agir nos tecidos, e foi constatado efeito positivo, sendo possível o prosseguimento do atendimento.

Figura 45 - Exodontia das raízes residuais



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

Na sessão clínica subsequente, o paciente estava bem após a cirurgia e satisfeito por ter extraído as raízes residuais. Desse modo, foi realizado o preenchimento do exame clínico dental, exame radiográfico interproximal e consequentemente o plano de tratamento.

De acordo com Moreira et al. (2015), a técnica radiográfica interproximal tem a finalidade de detectar a presença de processos de cáries, cáries ocultas e adaptações marginais de restaurações que se encontram em excessos ou em falta, algum comprometimento das estruturas ósseas com destruição da crista alveolar.

Após a execução das radiografias e finalização do exame clínico dental, foi constatado a presença de LCICC no 46, LCISC no 36 e 35, LCACC no 17 e 26 e LCASC nos elementos 15, 14, 27 e 45.

Compreendemos que para o correto diagnóstico, as lesões de cárie devem ser examinadas com atenção para a definição de um adequado plano de tratamento com vistas de recuperar e manter o equilíbrio bucal (PORDEUS; PAIVA, 2014).

Para o diagnóstico clínico deve-se considerar não somente os aspectos biológicos relacionadas as lesões cariosas, como sua localização, profundidade, atividade e ciclo biológico do dente, mas também o estado de risco do paciente e sua capacidade de colaborar. Além disso, a decisão clínica deve seguir os anseios do paciente e do núcleo familiar (PORDEUS; PAIVA, 2014).

Juntamente ao exame clínico dental, a mãe relatou que o filho não possuía bons hábitos de higiene bucal, que tinha que ficar exigindo para que a fizesse, que não era usado o fio dental e que ele não tinha muito o hábito de escovação antes de dormir, por essa razão expliquei sobre a importância do uso do fio dental e da higienização bucal após todas as refeições e enfatizei ainda mais a escovação antes de dormir, visto que quando dormimos produzimos menos saliva, favorecendo o acúmulo de bactérias e originando assim a doença cárie. Nesta consulta, foi feita a instrução de higiene oral, a profilaxia, orientação quanto a frequência e intensidade do consumo de açúcar, uma vez que foi reparado que apresentava uma dieta cariogênica, no intuito de mudar o perfil cariogênico do paciente e também na paralisação de cáries ativas.

Pereira, Carvalho e Carvalho (2017) salientaram que o adolescente pode ser desleixado com relação à sua higiene oral, bem como, não se importar em ingerir alimentos mais saudáveis e menos cariogênicos, sendo também comum o desinteresse pelas consultas e cuidados odontológicos, exceto quando se propõe uma melhora na aparência e estética. Portanto, é preciso criar uma relação com o paciente, mostrar a importância de comparecer ao tratamento, escutar o que o paciente tem a dizer e adequar o atendimento de forma lúdica e com uma linguagem adaptada a idade, e ainda, o profissional deve estar sempre atento as tendências do mundo infantil.

Apresentamos os aspectos negativos a mãe e ao paciente, como a presença de cáries, a dieta cariogênica e a má escovação. A partir disso, eles se comprometeram a realizar e a colaborar com o tratamento proposto, melhorando a dieta, a escovação e principalmente no uso do fio dental constantemente. E além disso, ele foi diagnosticado com MCPD no 16 e vestibulo-versão do 45, sendo necessário o tratamento ortodôntico corretivo, após a concordância da responsável foi iniciado a montagem do aparelho.

Por meio de diálogo com a mãe e com o filho, pude perceber que eles vinham de uma realidade simples e humilde, fazendo com que eu me envolvesse ainda mais com o caso. É

importante ser um especialista com habilidades técnicas e com qualificação profissional, mas, em especial, tem que dispor uma relação mais humanizada e hospitaleira com o paciente. Segundo Pereira, Carvalho e Carvalho (2017) cabe ao cirurgião-dentista ter conhecimento, técnica e sensibilidade para entender em qual seguimento o adolescente está inserido e sendo influenciado, diminuindo assim as interferências em sua saúde bucal.

Na sessão seguinte, deu início ao tratamento integral, foram realizadas a escavação e selamento do mesmo com ionômero de vidro (17), selamento com ionômero na oclusal do elemento 45 e aplicação de resina flow na oclusal do dente 16 por conter fissuras profundas e no 46 devido a LCICC. E, também foi feita a instalação do aparelho ortodôntico fixo para o alinhamento do elemento 45 e correção da mordida cruzada posterior dentária do elemento 16. O tratamento ortodôntico foi realizado juntamente ao tratamento na odontopediatria.

Para a colagem dos braquetes, utilizou-se o afastador labial de haste metálica para afastar a mucosa labial e a bochecha para melhor visualização no momento da colagem e o uso de sugador para manter o ambiente livre de contaminação por saliva. Foi feito um condicionamento ácido para conseguir uma adesão entre a resina e o esmalte dentário, e após isto, o enxague e secagem do esmalte. Os braquetes e o botão lingual foram fixados diretamente sobre o esmalte mediante o uso de adesivo. O adesivo ortodôntico é acompanhado de um primer e são indicados para colagem direta dos braquetes metálicos.

Após a fixação do botão lingual na superfície palatina do elemento 16 e da colagem de acessórios nos elementos 44, 45 e 46 foi instalado o arco ortodôntico metálico com fio de níquel-titânio (NITI) 0,014” e posteriormente colocou-se as ligaduras elásticas, com auxílio do instrumental Aplicador para ligar o arco ortodôntico aos braquetes (Figuras 46 A e B).

Figura 46 - Instalação do aparelho ortodôntico



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

Como era a primeira vez do paciente no uso do aparelho ortodôntico, optou-se em ainda não instalar os elásticos intermaxilares para que houvesse uma adaptação à aparatologia, sendo avisado previamente sobre o desconforto inicial, muito comum nestes casos.

Na sessão clínica subsequente, foi feita a instalação dos elásticos intermaxilares e também o selamento na oclusal com ionômero nos elementos dentários 14 e 15. Os elásticos intermaxilares são elásticos intrabuciais e são localizados em arcos antagônicos, ou seja, a ação e a reação ocorrem em arcos diferentes (MARAFON; SOARES, 2009). Sendo assim, foram presos no botão lingual do elemento 16 até o tubo ortodôntico fixado na vestibular do elemento 46.

Os elásticos para correção de mordida cruzada posterior servem para melhorar a relação transversa entre os molares superiores e inferiores. Os elásticos empregados são 1/8" - 170g de força, neste caso de apenas um dente precisar de descruzamento dentário posterior (MARAFON; SOARES, 2009).

Langlade citado por Marafon e Soares (2009, p. 21), dizia:

Como toda mecânica ortodôntica, o uso de elásticos possui vantagens e desvantagens. As vantagens são que podem ser colocadas e removidas pelos próprios pacientes, por dispensarem limpezas uma vez que são descartáveis, e, além de dispensar ativação pelo ortodontista. No quesito desvantagem seria que a saliva destrói pouco a pouco o elástico, que incha e perde sua elasticidade e sua força, sendo necessário a troca (MARAFON; SOARES, 2009, p.21).

Quanto às orientações, foram explicadas a responsável e ao paciente sobre a importância da utilização dos elásticos diariamente, de forma integral, e somente removendo-os apenas para a alimentação e higienização bucal. Além disso, foi recomendado trocá-los 1 vez por dia e também ao perceber que o mesmo se encontra desgastado. O sucesso para este tratamento corretivo é diretamente associado a cooperação do paciente quanto ao uso dos elásticos.

O uso dos elásticos torna o paciente “independente”, seja no ato da troca ou na forma de utilização destes, portanto, é importante a orientação detalhada referente a forma de uso, no número de trocas e a quantidade usada, evitando problemas e atrasos durante o tratamento ortodôntico (MARAFON; SOARES, 2009).

Foi executada uma fotografia intra oral com vista frontal e lateral direita (Figura 47 A e B) para uma comparação futura. É importante mencionar que o paciente demonstrava-se ser bastante colaborativo para a utilização dos elásticos, portanto seria possível obter resultados positivos.

Figura 47 – Instalação dos elásticos intermaxilares

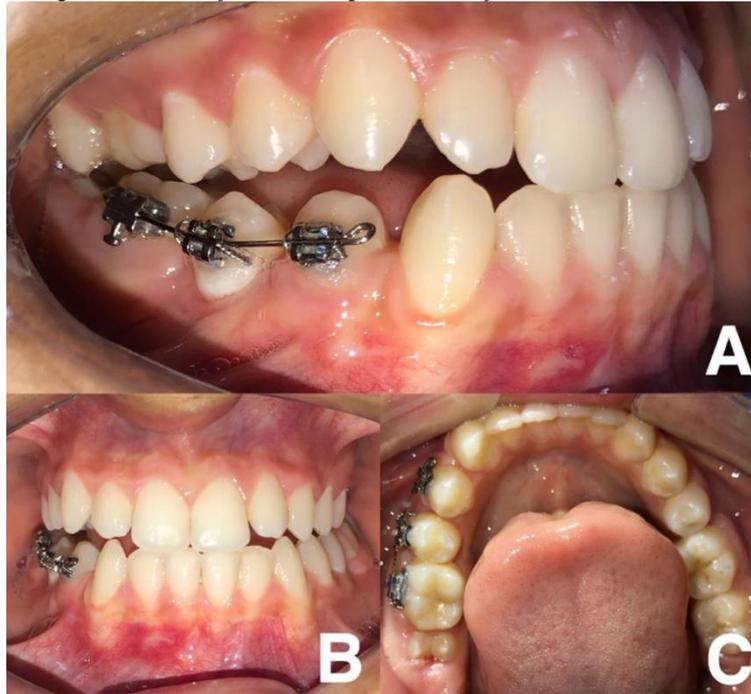


Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

Durante as sessões seguintes, foram feitas análises quanto ao processo de atividade de cárie e também se houve evolução das condições bucais de saúde e da higienização. Através disso, foi averiguado que o paciente obteve uma melhora nos hábitos bucais, nos hábitos alimentares, em que lesões de cáries ativas tornaram-se inativas, proporcionando assim uma progressão do tratamento. Além disso, era possível notar a evolução do elemento 45 devido ao tratamento ortodôntico.

Na sessão seguinte, foi realizado selamento com ionômero de vidro na oclusal do 27 e tratamento restaurador com restauração de resina composta Classe I na oclusal do elemento 26, que apresentava uma LCACC e posteriormente foi feita a aplicação de selante Fluroshield no sulco. E além disso, foi feita a substituição das ligaduras elásticas para as ligaduras metálicas com amarrilho (Figura 48 A, B e C), que se mostram mais eficientes mecanicamente por permitirem um maior deslize do fio pela canaleta dos braquetes.

Figura 48 - Situação clínica após a instalação do fio de amarrilho



Sendo: Vista lateral direita (A), vista frontal (B) e vista oclusal inferior (C)

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

Na sessão subsequente, pode-se observar no presente momento que o alinhamento dentário do segmento tratado e a mordida cruzada já foram obtidas (Figura 49 A, B e C). O paciente foi orientado sobre o uso dos elásticos intermaxilares, sendo 8 horas por dia no período noturno, para a estabilização da correção obtida e evitando assim recidiva do tratamento.

Figura 49 - Fotografias intra-orais finais



Sendo: Vista lateral direita (A), vista frontal (B) e vista oclusal inferior (C).
Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

Por fim foram executados todos os procedimentos curativos, preventivos e educativos no atendimento odontológico pediátrico. Em consequência disso, foi possível confirmar a evolução do paciente em todos os aspectos, em especial na higienização e na timidez. O comportamento do paciente em relação ao tratamento mudou, ele passou a confiar em mim, ficando mais calmo e seguro durante o atendimento. É gratificante ver o progresso do paciente, a felicidade dele em relação a estética, isso mostra que o tratamento planejado obteve o sucesso almejado.

Tendo em vista que as consultas estavam finalizando devido as férias, foi reforçada como prevenção a instrução de higiene oral e a orientação sobre o uso dos elásticos. E informado quanto às consultas de proervação, sendo acompanhadas periodicamente, com intuito de avaliar o quadro clínico e manter uma qualidade da saúde bucal. O paciente será chamado no próximo semestre (2021-2) no retorno das clínicas para o acompanhamento ortodôntico (Figura 50).

Figura 50 - Fotografia final com o paciente



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

O caso clínico me mostrou a importância do tratamento odontológico pediátrico, do planejamento ortodôntico, do manejo infantil e da formação do vínculo. É preciso entender e ouvir a criança, criar uma relação saudável com o paciente e o seu responsável, contar com a colaboração em conjunto é importante para o sucesso do tratamento. Saber que o atendimento trouxe mudanças significativas na vida do paciente, como na função, estética e na recuperação da saúde bucal, me inspira a ser a cada dia melhor como pessoa e profissional.

3 AUTOAVALIAÇÃO

3.1 Autoavaliação da aluna Ana Luisa Lopes

Quando comecei o curso de odontologia no UNILAVRAS, não imaginava o quanto podia fazer diferença na minha vida e no que eu me tornaria após concluir este processo.

Hoje, depois desses 5 anos de graduação, olho para trás e reflito sobre tudo que passei e o quão importante foi para meu crescimento e amadurecimento, pessoal e profissional. Mudei a maneira de enxergar o mundo, de me posicionar e de exercer a empatia.

Sempre gostei muito da ortodontia e o caso clínico que foi escolhido e relatado neste portfólio, mostra como podemos de maneira simples e rápida, solucionar um problema, um incômodo, mudar a autoestima e o bem-estar de uma pessoa e ao mesmo tempo prevenir agravos futuros.

Tenho consciência da influência que a Odontologia tem na sociedade. Ela é capaz de transformar a vida das pessoas, devolvendo não só a função e estética, mas em muitos casos, restaurando a sua dignidade. Por isso a importância de termos uma visão geral de cada paciente, enxergando além da boca, sendo agentes promotores de saúde.

Este período de faculdade trouxe muitas experiências intensas e pude perceber que fui capaz de superar as dificuldades e me tornar mais forte e preparada para um futuro promissor.

Agradeço a Deus, pela proteção e por me guiar até aqui. Sou grata à minha família, que fez deste sonho, não só meu, mas nosso, e lutou para que eu conseguisse realizá-lo. Também agradeço ao Unilavras, a todos os seus mestres e funcionários, pela qualidade do que nos foi oferecido. Em especial, ao prof. Dr. José Norberto, que me incentivou, deu suporte e apoio necessário para realização do caso relatado neste portfólio.

Finalizo este portfólio com o sentimento de gratidão por tudo, e principalmente, por ter me permitido viver esse sonho.

3.2 Autoavaliação da aluna Bruna Ribeiro Rocha

Ser cirurgiã dentista nunca foi a minha primeira escolha, mas hoje sei que não poderia ter escolhido outra profissão. Ao longo desses anos de graduação, entendi que a Odontologia trata muito mais que dentes, além de devolver saúde, ela devolve a autoestima, função e sorrisos para as pessoas.

Sempre fui uma pessoa muito tímida, lembro direitinho da dificuldade que eu tinha de conversar com os pacientes nas primeiras clínicas. Hoje, olhando para trás, vejo o quanto cresci e amadureci, sem dúvidas a Odontologia me deu muito conhecimento, mas também muito crescimento pessoal.

Antes de cursar Odontologia, via o cirurgião dentista apenas como restaurador e hoje entendo que é muito além disso, devemos pensar em promoção de saúde, prevenção e na mudança dos hábitos de higiene. Devemos também, enxergar o paciente como um todo, procurar entender o que o levou a chegar nessa situação e também o que posso fazer para melhorar aquela condição.

Ao longo da graduação, fui observando que existem várias especialidades e que é possível seguir diversos caminhos. Uma das áreas que me chamou muita atenção foi a Dentística, da qual pretendo fazer uma especialização.

Em relação ao caso clínico escolhido, decidi apresentá-lo, pois me mostrou como é importante ficar atento aos exames complementares, uma vez que só foi possível perceber que o paciente necessitava de um tratamento endodôntico através da radiografia panorâmica. Escolhi também, porque tive algumas dificuldades durante a realização do tratamento endodôntico o que me fez estudar mais sobre o caso e me proporcionou grandes aprendizados

Foram cinco anos intensos, com algumas dificuldades no caminho, mas que me fizeram ser quem sou hoje. Só tenho que agradecer muito a Deus, por sempre me abençoar, iluminar e me ajudar a tomar todas as decisões da minha vida. Agradeço também aos meus pais por todo o suporte e apoio que me deram durante todos esses anos, e por fim, mas não menos importante, agradecer a minha irmã, por toda paciência que teve comigo nesses anos morando juntas, por toda cumplicidade e por todo o apoio também. Sem dúvidas chegar até aqui, com todas essas pessoas ao meu lado, foi bem mais fácil.

Concluo esse portfólio com os olhos cheios de lágrimas por estar finalizando mais uma etapa em minha vida, mas confiante e tendo a certeza de que será só o começo de uma longa carreira na área da Odontologia.

3.3 Autoavaliação da aluna Gabriella Vieira Gonçalves

Falar sobre si é algo complexo, especialmente em um mundo em que tudo muda tão rapidamente, e eu tenho o mesmo sentimento, de que devemos sempre estar mudando, para melhor. Sempre sonhei em cursar uma faculdade na área da saúde. Não tinha nenhuma dúvida quanto a isso, não conhecia nada a respeito, então segui minha intuição e resolvi fazer

Odontologia, onde muitos me disseram que era um curso caro e difícil, porém não me deixei abalar.

A cada dia que foi se passando, fui conhecendo e descobrindo a beleza da Odontologia. Claro que, como todos, tive minhas dificuldades, mas nada que me fizesse desanimar. A cada semestre que passava era uma descoberta um novo aprendizado, onde veio o primeiro laboratório, as primeiras clínicas e estágios, e via o quanto gostava de estar ali.

Durante o curso, tive a oportunidade de fazer várias ações coletivas e educativas em creches, asilo, escolas, nos estágios dentro da faculdade. Foram diversas e diferentes experiências, onde descobri que muitas pessoas necessitam da minha ajuda, porque estão com autoestima baixa, por não poder dar um sorriso. Muitos precisam que alivie sua dor, e são muitas situações que nós humanos e profissionais podemos ajudar.

Hoje, acadêmica do último ano de Odontologia, posso dizer que o curso me fez aprender, isso no sentido mais amplo da palavra. Aprendi as várias formas de estudar, descobri qual era a forma que eu mais tinha facilidade, aprendi a ser responsável, a me dedicar, e que ao me formar, não posso esquecer os estudos, e a atualização deve ser constante. Aprendi que muito além de devolver sorrisos lindos, a Odontologia busca entender o ser humano como um todo, tratando não apenas dentes, mas considerando, que cada paciente tem uma história, uma alegria, uma tristeza, uma doença, uma condição financeira, uma cultura, e um problema bucal que o levou até nós, e que todas essas particularidades devem ser respeitadas, a fim de promover um tratamento de qualidade e de forma humanizada.

Descobri que a Odontologia tem um leque amplo onde podemos exercer várias áreas, nos dando muitas oportunidades em escolher o que queremos aperfeiçoar. A cada aprendizado fui descobrindo a minha vocação, a qual me identifiquei com Cirurgia desde o primeiro momento. E por isso que uma das minhas escolhas das Atividades Vocacionais no meu último ano de faculdade, foi a Cirurgia. E cada caso que surge nas clínicas soma muito para que eu me torne uma boa profissional.

Só tenho a agradecer a Deus por ter me guiado até aqui, meus pais por lutarem para que eu realizasse meu sonho, aos meus professores pela paciência, compreensão e discernimento de transmitir seus conhecimentos. Muita GRATIDÃO por tudo que conquistei, por tudo que aprendi, por tudo que me tornei.

3.4 Autoavaliação da aluna Marina de Ázara Maia

Durante todos esses anos de curso, pude sentir e aproveitar cada fase do meu amadurecimento. Por algumas vezes eu chorei, até mesmo dentro da clínica, pela luta contra o tempo para realizar um procedimento, pela inexperiência e pela frustração de ter que repetir alguns passos para alcançar melhores resultados.

Hoje, posso dizer que cada erro, cada acerto, cada conquista, cada fase, foi de extrema importância para que eu pudesse me fortalecer, amadurecer, e aprender com tudo isso. Sei que ainda tenho muito o que viver dentro da Odontologia, mas o pouco que vivi me mostrou que nós temos uma capacidade muito grande e bonita de transformar a vida de alguém.

Ter tido a oportunidade de realizar o caso clínico relatado neste portfólio em minha própria mãe, foi fundamental para que eu pudesse enxergar todos os pacientes com outros olhos. Foi fundamental para que eu pensasse, antes de qualquer coisa: “e se fosse na minha mãe?”.

Pretendo exercer essa profissão da melhor forma possível, em que eu possa fornecer a todos os meus pacientes um atendimento humanizado, sabendo acolhê-los, ouvi-los, respeitá-los e prezar pela satisfação de todos, assim como aprendi durante esses anos de graduação.

Sou muito grata pelo auxílio dos professores Me. Sélem, Me. Luís Otávio e Me. Washington, os quais me deram total apoio durante os procedimentos aqui relatados.

À minha mãe, minha eterna gratidão por ter sido tão compreensiva, colaboradora, e, acima de tudo, ter confiado tanto em mim.

Agradeço às funcionárias da Clínica Odontológica do UNILAVRAS, que deixaram meus dias mais leves, com pequenos gestos de carinho e momentos de descontração.

Dessa forma, finalizo aqui meu portfólio, com o coração grato pelo amadurecimento significativo e pelas oportunidades que eu tive, com muita esperança para ser feliz e realizada dentro da Odontologia.

3.5 Autoavaliação da aluna Vanessa Gabriela Vieira

Escrevendo essa autoavaliação, a imaginação toma forma e as histórias são lembradas acarretando um misto de sensações. De certo sei, que esses cinco anos de graduação, me proporcionaram grandes desafios, que foram vencidos, e que me fizeram evoluir tanto na vida pessoal quanto na acadêmica, tornando uma pessoa melhor.

Escolhi a Odontologia pelo fato de sermos capazes de modificar a vida de alguém, devolvendo a autoestima, transformando sorrisos e conseqüentemente trazendo um impacto na qualidade de vida do paciente. A Odontologia vai muito além de tratar apenas a boca em si e ao cuidado da dor, ela cuida do ser humano como um todo, isto é algo motivador e satisfatório.

Ao olhar para trás tenho orgulho de minha trajetória e de ter optado por este curso, pois nunca imaginei que tratar diferentes perfis de pacientes, cada qual com a sua história de vida, poderia me comover tanto e me motivar a tratá-los, de convencê-los a mudar os seus hábitos familiares para o sucesso do tratamento e após este. Cada sorriso, cada agradecimento e elogio me faz ter a certeza de que fiz a escolha certa para a minha vida.

Tenho que confessar que a timidez e a dificuldade em me comunicar com pessoas desconhecidas sempre foram um empecilho para mim, e com a Odontologia consegui me soltar mais, o que foi crucial para o meu desenvolvimento no âmbito profissional e pessoal.

No caminho até a formação, vivenciei diversos momentos, passei por grandes obstáculos e experiências inigualáveis que me fizeram ampliar a minha visão e o meu conhecimento. Hoje entendo que tudo serviu para algum aprendizado e como um propósito para o crescimento profissional.

Não posso dizer que foram fáceis, porque realmente não foram, a caminhada foi intensa, cheia de altos e baixos. Em certos momentos de dificuldade, cheguei a questionar a minha escolha, mas não desisti, pois, acreditar é o primeiro passo para se viver grandes vitórias. Hoje estou imensamente grata por tudo que vivi durante toda a minha trajetória, grata aos professores por proporcionarem ricas vivências clínicas e teóricas, as amizades criadas no decorrer do curso, e que ambos contribuíram de alguma forma para o meu sucesso.

Agradeço a minha família por todo apoio que me deram durante esta jornada, aos meus pais por nunca medirem esforços para a minha felicidade, eles que abdicaram do tempo e de projetos para que eu tivesse a oportunidade de estudar em outra cidade e ter uma boa formação profissional. Obrigada por fazerem do meu sonho, o sonho de suas vidas. E agradeço também ao meu namorado por me incentivar e sempre acreditar em mim.

Por meio da autoavaliação, pude refletir que estou na reta final da graduação resultando num sentimento de gratidão e de uma felicidade indescritível, uma sensação de dever cumprido e a certeza da realização de um sonho. Encerro essa etapa de minha vida mais madura e principalmente mais humanizada. Acredito que esse não seja o fim da minha caminhada profissional, apenas o começo de tudo, já que futuramente pretendo fazer

especializações e cursos para aprimorar meu conhecimento e buscar sempre o melhor para os meus pacientes.

4 CONCLUSÃO

Concluimos que todas as experiências vivenciadas até aqui nos possibilitaram uma visão mais ampla e humanizada da Odontologia. Aprendemos a olhar e compreender o paciente como um todo, entendendo seus problemas e necessidades.

A oportunidade de realizar este portfólio em grupo nos despertou companheirismo e união, em que aprendemos muito umas com as outras, assim como tanto nos inspiramos em nossa orientadora que nos auxiliou com empenho e dedicação.

Diante disso, sairemos da graduação certas de que nossos objetivos foram alcançados, aprendendo a entender a necessidade e a importância de todos terem acesso à Odontologia.

Ainda temos muito a aprender, mas temos também a certeza de que esses cinco anos valeram a pena em cada momento, porque durante eles convivemos com pessoas grandiosas, transmitindo-nos sabedoria e nos ajudando a ser quem somos hoje.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALMEIDA, R. R. **Ortodontia Preventiva e Interceptora: Mito ou realidade?** 1. ed. Maringá, Paraná: DentalPress, 2013.

ALVES REZENDE, M. C. R. et al. Acolhimento e bem-estar no atendimento odontológico humanizado: o papel da empatia. **Archives of Health Investigation**, v.4, n.3, p.57-61, 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/904-Texto%20do%20artigo-2871-1-10-20151019%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/904-Texto%20do%20artigo-2871-1-10-20151019%20(1).pdf) Acesso em: 10 maio 2021.

BALDUINO, P. M. et al. A perspectiva do paciente no roteiro de anamnese: o olhar do estudante. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, n.3, p.335-342, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/B9nv9FzrfvbRj6BC9vgJnKz/?format=pdf&lang=pt> Acesso: 24 abr. 2021.

BARBOSA, A. C.; GONÇALVES, S. S. Avaliação do padrão, perfil e tipo facial de pacientes para o tratamento ortodôntico. **Cadernos de Odontologia do Unifeso**, Teresópolis, v.2, n.1, p.106-114, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2081-8402-1-PB.pdf> Acesso em: 20 abr. 2021.

BENEDICTO, E. N et al. A importância da correta elaboração do prontuário odontológico. **Odonto**, v.18, n.36, p.41-50, fev., 2010. Disponível em: http://www.ricardohenrique.com.br/artigos/artigo_importancia_correta_elaboracao_prontuario.pdf Acesso em: 23 maio 2021.

BIANCHINI, L. D. **Técnicas de remoção de retentores intrarradiculares** –um estudo *in vitro*. 2017. 37f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. Disponível em: <http://guaiaca.ufpel.edu.br:8080/bitstream/prefix/4648/1/T%C3%A9cnicas%20de%20remo%C3%A7%C3%A3o%20de%20retentores%20intrarradiculares%20-%20um%20estudo%20in%20vitro.pdf> Acesso em: 01 jun. 2021.

BRANDÃO, B. A.; FERNANDES, D. C.; CORTEZ, D. L.; LOUREIRO, A. S.; MORAES, G. R.; BRÊDA, M. A. Importância de um exame clínico adequado para o atendimento odontológico. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde – UNIT**, Alagoas, v.5, n.1, p.77-88, nov., 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/5681/3083> Acesso em: 24 abr. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar** - Manual técnico. 2. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_prevencao_riscos_doencas.pdf Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudefis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 354p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona> Acesso em: 10 jun. 2021.

COCLETE, G. A. et al. Exame radiográfico ortopantomográfico na avaliação de pacientes desdentados totais. **Archives of Health Investigation**, v.4, n.2, p.9-16, mar., 2015. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/889/1173> Acesso em: 05 maio 2021.

FERNANDES, N. L. F. et al. Mordida cruzada anterior: Possibilidades de tratamento na dentição decídua e mista. **Revista Naval de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 46, n.1, p.9-68, 2019. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/RevistaNavaldeOdontologia2019_versocompleta2.pdf Acesso em: 10 maio 2021.

FIGUEIREDO, P. B. de A. et al. Plano inclinado no tratamento da mordida cruzada anterior: Relato de caso clínico. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v.19, n.2, p.229-233, maio/ago., 2014. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rfo/v19n2/a11v19n2.pdf> Acesso em: 15 maio 2021.

GIOTTI, A. et al. Supranumerário: diagnóstico e planejamento de um caso clínico. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, v.8, n.2, p.37-40, set./nov., 2014. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20141003_145439.pdf Acesso em: 19 maio 2021

GODOI, F. A. Remineralizing effect of commercial fluoride varnishes on artificial enamel lesions. **Original Research Dental Materials**, São Paulo, v.33, n.44, p.1-10, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bor/a/DRdK9XnS7vVzyJSTsVD9ktf/?format=pdf&lang=en> Acesso em 18 de junho de 2021.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 9. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2016.

HARGREAVES, K. M. **Cohen - Caminhos da Polpa**. 11. ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2017.

IWAI, F. E. **Prevalência de má oclusão na dentadura mista presente na população brasileira**. 2015. 34f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015. Disponível em:

<http://www.uel.br/graduacao/odontologia/portal/pages/arquivos/TCC2015/FRANCINE%20E%20NDO%20IWA.pdf> Acesso em: 13 maio 2021.

JANSON, G.; GARIB, D.G.; PINZAN, A. et al. **Introdução à Ortodontia**. 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013. 160p.

KREUGER, M. R. O. et al. Consulta odontológica e doença sistêmica: análise do conhecimento dos cirurgiões-dentistas em Itajaí-SC. **Portal Metodista de Periódicos Científicos e Acadêmicos**, v. 21, n.2, p.1-10, 2009. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/Fol/article/view/381/476> Acesso em: 5 maio 2021.

KUSMA, S. Z.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Promoção da Saúde: perspectivas avaliativas a saúde bucal na atenção primária em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, p.509-519, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dRZhMgLvLxqsRqpGgzJPRss/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 jun. 2021.

LEITE, K. C. F. Intercepção da mordida cruzada anterior na dentição decídua utilizando plano inclinado fixo: relato de caso. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v.19, n.1, p.96-100, jun./ago., 2017. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170605_152213.pdf Acesso em: 10 jun. 2021.

LOPES, H. P.; SIQUEIRA JUNIOR, J. F. **Endodontia - Biologia e Técnica**. Rio de Janeiro: Grupo GEN Guanabara Koogan, 2020.

MALAMED, S.F. **Manual de Anestesia Local**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MARAFON, A. R. S.; SOARES, S. de F. **Elásticos Ortodônticos**. Rio de Janeiro: Santos, 2009.

MIGUEL, J. A. M.; BRUNHARO, I. P.; ESPERAO, P. T. G. Oclusão normal na dentadura mista: reconhecimento das características oclusais por alunos de graduação. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v.10, n.1, p.59-66, jan./fev., 2005 . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dpress/a/FRfrfjTmVZtYfhYhP77pBp/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 25 abr. 2021.

MOREIRA, Marcelo Aldrighi et al. A radiografia interproximal é necessária para confirmar a adaptação clínica de restaurações proximais com resinas compostas em dentes posteriores?. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, Passo Fundo, v. 20, n. 1, p.69-74, jan./abr., 2015. Disponível em: <http://www.seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/4640/3403> Acesso em: 15 abr. 2021.

NGAN, P.; HU, A. M.; FIELDS JUNIOR, H. W. Treatment of class III problems begins with differential diagnosis of anterior crossbites. **Pediatric Dentistry**. v.19, n.6, p. 386–395, Sept./Oct., 1997. Disponível em: <https://dentistry.hsc.wvu.edu/media/1179/treatment-class-iii-problems-begin-differential-diagnosis-an-class-iii.pdf> Acesso em: 15 abr. 2021.

PEREIRA, M. C. G.; CARVALHO, F. S.; CARVALHO, C. A. P. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes. **Saúde.Com**, v.13, n.4, p.1055-1062, 2017. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/3608/2984> Acesso em: 16 maio 2021

PINHO, T.; MENDES, D.; BELLOT-ARCIS, C. Interceptive Treatment of Anterior Crossbite: Case series. **Nascer e Crescer**, Porto, Portugal, v.27, n.2, p.119-125, jun., 2018 . Disponível em: https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542018000200010&lng=pt&nrm=iso?script=sci_arttext&pid=S0872-07542018000200010&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 25 abr. 2021.

PORDEUS, I. A.; PAIVA, S. M. **Odontopediatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2014. 160p.

PROGREL, M. A.; KAHNBERG, K. E.; ANDERSSON, L. **Cirurgia Bucomaxilofacial**. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

ROCHA, R. G. **Clínica Integrada em Odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

ROSSATO, D. M. et al. Coroas estéticas anteriores em cerâmica metal-free: relato de caso clínico. **RSBO (Online)**, Joinville, v.7, n.4 dez. 2010. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=s1984-56852010000400018&script=sci_arttext Acesso em: 19 jun. 2021.

SAN MARTIN, D. S. C. **Odontologia na Puericultura**: evidências dos sinais e sintomas associados à erupção dos dentes decíduos. 2014. 31f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Lagoa Santa, Minas Gerais. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6233.pdf> Acesso em: 10 jun. 2021.

SHITSUKA, Rabbith Ive C. Moreira et al. Desenvolvimento e avaliação da eficiência da estabilização protetora na odontopediatria: um estudo piloto. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, Passo Fundo, v.20, n.1, p.59-63, jan./abr., 2015. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/4586/3401> Acesso em: 10 maio 2021.

SILVA-FILHO, O. G. Protocolo de tratamento em duas fases: definindo conceitos. In: SILVA FILHO, O. G. da; GARIB, D. G.; LARA, T. S. **Ortodontia Interceptiva**. Protocolo de tratamentos em duas fases. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

SILVA, R. M. et al. **Planejamento, Gestão e Avaliação nas Práticas em Saúde**, 1. ed. Fortaleza: EdUECE, 2015. Disponível em: <http://www.uece.br/ppsacwp/wp-content/uploads/sites/37/2016/04/PLANEJAMENTO-GESTAO-E-AVALIACAO-NAS-PRATICAS-DE-SAUDE-EBOOK-548pg.pdf> Acesso em: 10 jun. 2021.

SILVA, L. F. P. et al. Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na odontopediatria. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 28, n. 2, p. 135-142, 2016. Disponível em: https://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/m aio_agisto_2016/Odonto_02_2016_135-142_1.pdf Acesso em: 17 set. 2021.

SOARES, D. N. S.; SANT'ANA, L. L. P. Estudo Comparativo entre Pino de Fibra de Vidro e Pino Metálico Fundido: Uma Revisão de Literatura. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.12, n.42, p.996-1005, 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/viewFile/1371/2136> Acesso em: 12 jun. 2021.

SOBRAL, E. R.; NASCIMENTO, V. D. **Perda Precoce de Molares Permanentes**. 2017. 14f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Tiradentes, Aracajú. Disponível em: <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/1884/PERDA%20PRECOCE%20DE%20MOLARES%20PERMANENTES%20%28UNIT-SE%29.pdf?sequence=1> Acesso em: 10 jun. 2021.

SOUZA, M. G. de et al. Aparelhos ortodônticos removíveis - passado, presente e futuro. **Orthodontic Science and Practice**, v.8, n.32, p.497-505, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2015-Aparelhosortodnticosremovveispassadopresenteefuturo.pdf> Acesso em: 10 abr. 2021.

STADERINI, E. et al. Indicação de alinhadores claros no tratamento precoce da mordida cruzada anterior: uma série de casos. **Dental Press Journal of Orthodontics**, Maringa, v.25, n.4, p.33-43, jul./ago., 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dpjo/a/ZNBvxnCQYz8SFrFJVHsKYDq/?lang=en> Acesso em: 23 abr. 2021.

VOLPATO, C. A. M. et al. **Próteses Odontológicas - Uma Visão Contemporânea - Fundamentos e Procedimentos**. São Paulo: Santos, 2011. 504p.

WIEDEL, A. P.; BONDEMARK, L. Stability of anterior crossbite correction: a randomized controlled trial with a 2-year follow-up. **The Angle Orthodontist**, v.85, p.189-195, 2015. Disponível em: <https://meridian.allenpress.com/angle-orthodontist/article/85/2/189/210435/Stability-of-anterior-crossbite-correction-A> Acesso em: 15 abr. 2021.

WHITE, S.; PHAROAH, M. J. **Radiologia Oral: Princípios e Interpretação**. 7. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2015.

ZANATTA, F. B. et al. Conduas clínicas na utilização de antibióticos em exodontias. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.59, n.2, p.171-177, abr./jun., 2011. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rgo/v59n2/a01v59n2.pdf> Acesso em: 10 maio 2021.