

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

PORTFÓLIO ACADÊMICO

CAMILA SILVA MARTINS

CAROLINE FARIA MILITANI

FABIANA SILVA CARVALHO

JÚLIA FERREIRA TOMAZ

LAVRAS-MG

2020

CAMILA DA SILVA MARTINS

CAROLINE FARIA MILITANI

FABIANA SILVA CARVALHO

JÚLIA FERREIRA TOMAZ

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

PROFESSORA

Prof^ª. Dr^ª. Renata de Carvalho Foureaux

**LAVRAS-MG
2020**

**CAMILA SILVA MARTINS
CAROLINE FARIA MILITANI
FABIANA SILVA CARVALHO
JÚLIA FERREIRA TOMAZ**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

Aprovado em ____/____/____

PROFESSORA

Prof^ª. Dr^ª. Renata de Carvalho Foureaux

PROFESSOR CONVIDADO

Prof. Mestre Luiz Fernando F. de Oliveira

LAVRAS-MG
2020

P849 Portfólio Acadêmico: / Camila da Silva Martins... [et al.]. –
Lavras: Unilavras, 2020
64f.: il.

Portfólio Acadêmico (Graduação em Odontologia) –
Unilavras, Lavras, 2020.

Orientador: Profa. Renata De Caravinho Foureaux.

1. Portfólio. 2. Odontopediatria. I. Militani, Caroline Faria. II.
Carvalho, Fabiana Silva. III. Tomaz, Julia Ferreira. IV.
Foureaux, Renata De Carvalho (Orient.). IV. Título.

Dedicamos esse trabalho primeiramente a Deus que nos guiou até aqui com sua infinita bondade.

Aos nossos familiares que não mediram esforços para se tornar possível os nossos sonhos, acreditando no nosso potencial e sabedoria. Nós amamos vocês.

A nossa orientadora pela sabedoria e determinação com que nos orientou durante a realização deste trabalho. Aos professores pelos ensinamentos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus pela oportunidade e por ter nos permitido chegar até aqui.

Agradecemos aos nossos pais que nos deram todo apoio para que nosso objetivo fosse alcançado e por estarem sempre nos incentivando. Essa vitória é de vocês.

Aos nossos familiares e amigos que nos acompanharam nessa caminhada.

Agradecemos ao corpo docente, direção, administração e funcionários do Centro Universitário de Lavras por ter nos dado todo apoio quando precisamos.

Agradecemos aos nossos pacientes pela confiança depositada em nós durante esses anos.

Agradecemos a nossa professora orientadora Dra. Renata Foureaux, que através dos seus ensinamentos permitiram que pudéssemos hoje estar concluindo esse trabalho.

Por fim, a todas desse grupo pela amizade, companheirismo, respeito e dedicação depositada durante esses anos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Situação vista na primeira consulta: (A) Visão dos incisivos superiores; (B) Visão de alguns elementos inferiores.	13
Figura 2- Foto realizada após nossa segunda consulta, a pedido do paciente.	15
Figura 3 -Visão frontal da maxila e mandíbula (A), visão total do arco superior- maxila (B), visão do arco inferior- mandíbula (C).	26
Figura 4 - Paciente com inchaço unilateral esquerdo decorrente do abscesso.....	30
Figura 5- Radiografia do elemento 65	30
Figura 6- Exame radiográfico dos molares superiores e inferiores lado direito (A), exame radiográfico dos molares superiores e inferiores lado esquerdo (B), exame radiográfico do elemento 55 (C), exame radiográfico do elemento 65 (D), exame radiográfico do elemento 75 (E).	37
Figura 7 - Situação inicial da paciente: Quadrante superior direito (A), quadrante superior esquerdo (B), quadrante inferior direito (C), quadrante inferior esquerdo (D).	39
Figura 8- Momento cirúrgico proposto	41
Figura 9- Aplicação de evidenciador de biofilme em todos os elementos dentários.	42
Figura 10- Imagem radiográfica do elemento 75 segundo molar inferior esquerdo (A), situação inicial do elemento 75 (B), elemento 75 restaurado definitivamente (C).	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Situação de cada elemento e tratamento proposto	14
Quadro 2 - Plano de tratamento proposto	16
Quadro 3 - Ocorrência e diagnóstico e plano de tratamento	28
Quadro 4 - Ocorrência e diagnóstico e plano de tratamento.	36
Quadro 5 - Plano de tratamento dividido por sessão.	38

LISTA DE ABREVIATURA E SÍMBOLOS

- IHO – Instrução de Higiene Oral
- ATF – Aplicação Tópica de Flúor
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- IPT – Terapia Pulpar Indireta
- ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- CFO – Conselho Federal de Odontologia
- UNILAVRAS – Centro Universitário de Lavras
- UFLA – Universidade Federal de Lavras
- PSF – Programa de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 DESENVOLVIMENTO	12
2.1 Aluna Camila Da Silva Martins	12
2.1.1 ATIVIDADE DESENVOLVIDA.....	12
2.2 Aluna Caroline Faria Militani	24
2.2.1 APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO.....	24
2.2.2 ATIVIDADE DESENVOLVIDA	24
2.3 Aluna Fabiana Silva Carvalho	34
2.3.1 ATIVIDADE DESENVOLVIDA.....	34
2.4 Aluna Júlia Ferreira Tomaz	49
3 AUTOAVALIAÇÃO	55
3.1 Aluna Camila da Silva Martins.....	55
3.2 Aluna Caroline Faria Militani	56
3.3 Aluna Fabiana Silva Carvalho	58
3.4 Aluna Júlia Ferreira Tomaz	58
4 CONCLUSÃO	60
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	61

1 INTRODUÇÃO

A Odontologia é a profissão que visa o bem-estar da humanidade, pois, é com o sorriso que transmitimos nossa luz. O coração do Cirurgião-Dentista bate pela profissão, ser dentista é mais que escolha, é missão, são eles que devolvem a autoestima e bem-estar dos seres humanos. Em 24 de outubro de 1946 o papa Pio XII discursou para os dentistas “A Odontologia é uma profissão que exige dos que a ela se dedicaram, o senso estético de um artista, a destreza manual de um cirurgião, os conhecimentos científicos de um médico e a paciência de monge”.

Durante a graduação, nossa busca foi aperfeiçoar e ampliar nossos conhecimentos para que pudéssemos enfrentar o mercado de trabalho e lidar com as pessoas, pois, o dentista não trata somente sorrisos, mas o ser humano como na totalidade.

A aluna Camila da Silva Martins demonstra um caso das Atividades Vocacionais de Odontopediatria do 9º período, onde o seu maior desafio era propor um plano de tratamento adequado visando à mudança de qualidade de vida da criança e dos responsáveis. Pois, a saúde bucal é essencial para o bem-estar do ser humano e está envolvida com fatores socioeconômicos. Quando se consegue mudar um perfil de uma família que não tinham hábitos adequados de higiene, conseguimos sentir a importância de nossa profissão e como ela faz diferença na vida do ser humano.

A aluna Caroline Faria Militani descreve um caso de uma paciente que foi atendida na Clínica de Odontopediatria do 8º período. Esse caso tivemos que lidar com vários desafios, tivemos muitas urgências. Para tentar reverter esse quadro clínico tivemos que ensinar a adequação do meio bucal para toda família, visto que todos eles não tinham conhecimento adequado sobre o assunto.

A aluna Fabiana Silva Carvalho irá relatar sua experiência de caso de uma paciente atendida na Clínica de Odontopediatria do 8º período, onde a timidez da criança foi um dos desafios na comunicação entre aluna e paciente. Com isto a Psicologia na Odontopediatria teve um papel muito importante para o condicionamento da paciente. Além de trabalhar na mudança de hábitos da paciente e de sua família, visto que todos precisam melhorar a saúde bucal, mas não tinham consciência disso. Com

isso, a aluna tem intuito de fazer a diferença na vida destas pessoas, mudando seus hábitos e comportamentos, pois, será uma grande satisfação, saber o quanto a Odontologia pode ser significativa na vida das pessoas.

A aluna Júlia Ferreira Tomaz, optou por fazer sobre Conduta Clínica e Psicológica de pacientes de Odontopediatria. Relatará sobre a influência dos familiares, conselho aos pais ou responsáveis, técnicas psicológicas utilizadas, métodos para conhecer a criança e relacionar-se.

Este portfólio reúne os casos clínicos vivenciados pelas respectivas alunas neste curso de graduação que é a concretização do nosso sonho.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Aluna Camila Da Silva Martins

Meu nome é Camila, tenho 22 anos, sou da cidade de Oliveira- MG. Quando me formei em 2015 no ensino médio tinha 18 anos e entrei direto na faculdade. Prestei vestibulares para Odontologia e Medicina, meu pai queria muito que eu fizesse Medicina, mas minha vontade era Odontologia, tenho parentes que são dentistas e que sempre tratei com eles, mas, minha inspiração para querer seguir essa profissão não veio por esse motivo, e sim por estar dentro da área de saúde e ser uma das profissões que mais atrai admirações.

Gostaria de ter feito faculdade em Belo Horizonte - MG, pois, identifico muito com a cidade, talvez porque eu tenha nascido lá. Prestei vestibular para várias instituições dentro delas o Unilavras, e quando fui aprovada minha família achou melhor eu estudar em Lavras-MG, pela locomoção ser mais fácil, pela cidade ser menor e também pela faculdade ser muito conceituada.

Depois de tudo que passei durante esses anos, posso dizer que é uma das fases mais difíceis da vida de um adolescente, pois, é tudo novo, é um momento em que você precisa saber viver sozinho, saber lidar com situações que nunca imaginou passar, até mesmo porque quando você está morando com seus pais, eles te privam dessas situações. Mas, devemos saber que tudo isso é essencial para o crescimento como ser humano, e que é apenas o começo de uma nova jornada.

Hoje, posso falar que sou grata pelo curso que escolhi, me sinto realizada, desde então vivenciei experiências únicas durante o curso. Fiz grandes amizades, conheci pessoas inesquecíveis, professores de um conhecimento imensurável. Penso que ser dentista é mais que cuidar do sorriso de uma pessoa, é poder colocá-la novamente na sociedade.

2.1.1 ATIVIDADE DESENVOLVIDA

O trabalho que irei apresentar aqui é de um paciente das Atividades Vocacionais no 9º período de Odontopediatria. Paciente sexo masculino, 5 anos, compareceu na Clínica odontológica para dar segmento ao seu tratamento, na responsabilidade de sua mãe e sua avó, com eles foram sua irmã com 1 ano, onde também foi encaminhada para ser atendida por outra aluna, para se fazer a prevenção.

Guedes Pinto et al. (2016), cita que com a evolução da sociedade e do conhecimento, a Odontologia mudou seu paradigma para “promoção de saúde”, no qual o atendimento prestado, principalmente no consultório odontopediátrico, é fundamentalmente voltado à educação e prevenção.

Na primeira consulta, foi o momento de criar um vínculo com o paciente e os responsáveis, foi possível perceber que a mãe é nova e não mostra muito preocupação com a situação, criança chegou com o cabelo todo cortado com falhas, ao perguntar o que havia acontecido, a mãe relatou que tinha sido ela mesma que tinha cortado, pois, achou que sabia. A criança a todo o momento apresentava medo ao tratamento odontológico, é uma criança hiperativa, curiosa, dócil e que já relatava a ansiedade à anestesia, sempre perguntava “hoje vai ter picadinha?”. Então, depois de ter criado um vínculo, conhecer o paciente para tentar entender quais fatores o levaram para aquela situação e depois de sua anamnese revisada, foi dado o início do exame clínico, quando analisado em visão geral foi encontrado a seguinte situação. (Figura 1).

Figura 1- Situação vista na primeira consulta: (A) Visão dos incisivos superiores; (B) Visão de alguns elementos inferiores.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2020.

Na segunda consulta, foram realizados os exames radiográficos periapicais pela técnica da bisettriz que se caracteriza pelo direcionamento do feixe de raios-X perpendicularmente ao plano bissector formado pelo plano do dente e pelo plano do filme radiográfico, quando a criança não consegue segurar o filme infantil, podemos realizar a modificação de Casati-Alvares, que é o dobramento do filme adulto ou infantil ao meio, assim tendo uma parte que fica na oclusal para se morder. Os exames

radiográficos possibilitam ver a relação dos dentes decíduos com os permanentes sucessores, a cronologia e sequência de irrupção dentária, alterações coronárias, como lesões de cárie, alterações pulpares como as reabsorções internas e externas, calcificações, acompanhamento e controle dos diversos tipos de tratamento executados, como endodôntico, restaurador, evolução cirúrgica e processos reparativos, entre outros (GUEDES PINTO et al., 2016).

Consoante com Guedes Pinto et al., (2010) as radiografias interproximais (bite-wing), podem ser realizadas através de filmes envoltos por fita adesiva com uma asa para a criança morder, esse tipo de radiografia permite a melhor visualização das lesões cariosas interproximais.

Esses exames foram realizados no meu paciente para fazer a preservação de alguns elementos que já tinham sido tratados endodonticamente e para verificação do fechamento de diagnósticos com a ficha de diagnóstico e ocorrência. O paciente também já tinha realizado múltiplas extrações de elementos no tratamento anterior, devido à doença cárie.

Ao realizar o exame de diagnóstico e ocorrência, como é uma criança hiperativa, tive certa dificuldade para que ele me deixasse examinar tudo com bastante atenção, mas depois de muita conversa com ele, e ser firme, o exame foi realizado. (Figura 2). No exame de diagnóstico e ocorrência apresentava as seguintes alterações (tabela 1).

Quadro 1 - Situação de cada elemento e tratamento proposto

Dente	Ocorrência e Diagnóstico	Plano de Tratamento
55	Rest. CI I - OP e LCI com C - O	Selante
54	Rest. CI II - MOD	
53	LCA sem C	Flúor
52	LCA com C - M e LCA sem C - V	Escavação em massa e Flúor
51	Ausente	
61	LCA com C - M / D	Escavação em massa
62	LCA com C - M e LCA sem C cervical	Escavação em massa e flúor
63	LCA sem C	Flúor
64	Rest. CI II - MOD	
65	LCA com C - O e LCA sem C cervical	Escavação em massa e flúor
75	Rest. CI II - MOD e LCA sem C-V e pulpectomia	Preservar
74	Ausente	

73	LCA sem C cervical e LCA com C lingual	Flúor e escavação em massa
72	LCA sem C - cervical	Flúor
31	Em erupção	
41	Em erupção	
82	LCA sem C - M	Flúor
83	LCA sem C - M	Flúor
84	Pulpectomia sem restauração adequada.	Exodontia
85	Rest. Cl I – O e LCA sem C - M/L	Flúor

*LCA (lesão de cárie ativa); *C (cavitação); *D (distal); *P (palatina); *M (mesial); *V (vestibular); *O (oclusal); *L (lingual); *Cl (classe); *Rest. (restauração).

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Figura 2- Foto realizada após nossa segunda consulta, a pedido do paciente.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2020.

Então, depois de realizado o exame e analisadas as radiografias, chegou a hora de poder fechar um diagnóstico e estabelecer um plano de tratamento. Segundo Guedes Pinto et al., (2016) após a realização dos exames e concluído o diagnóstico, é chegado o momento de elaborar o plano de tratamento.

Segundo Tolledo (2012) o plano de tratamento em Odontopediatria pode ser dividido em 4 fases:

Fase 1: avaliação e/ou urgência.

Fase 2: adequação do paciente.

Fase 3: reabilitação do paciente (restauradora)

Fase 4: programa preventivo individual de longa duração.

O plano de tratamento foi estabelecido dentro das quatro fases, quando necessário, alterações devem ser realizadas, Guedes Pinto et al., (2016) a sequência proposta, é considerada a mais favorável para o plano de tratamento, podendo eventualmente sofrer pequenas alterações particulares de cada caso.

O plano de tratamento foi elaborado com o professor Ricardo Augusto Barbosa onde usamos estágios ministrados em aula pelo mesmo: qualificar (risco e atividade de cárie), quantificar (tratamentos considerados emergenciais a serem feitos, (extrações, pulpectomia, lesões de cárie, escavações)), priorizar (elementos que podem estar causando danos ao permanente) e ordenar (por qual quadrante começar o tratamento). Decidimos então realizar o tratamento da seguinte maneira. (Tabela 2).

Quadro 2 - Plano de tratamento proposto

Avaliação e/ ou Urgência	
Sessão	Tratamento
1	Exodontia do elemento 85
2	Escavação elemento 52
3	Escavação elemento 61,62 e 65
4	Escavação elemento 73
Adequação do paciente	
Sessão	Tratamento
5	Evidenciação de biofilme, instrução de higiene oral, profilaxia, aplicação tópica de flúor.
Reabilitação do paciente	
Sessão	Tratamento
6	Aplicação de selante no elemento 55
7	Restauração do elemento 52
8	Restauração do elemento 61,62
9	Restauração do elemento 65
10	Restauração do elemento 73
Programa de longa duração	
11	Radiografia do elemento 75 para preservação
	Determinação dos retornos, conforme presença ou ausência de cárie, motivação do paciente e responsável.

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Na primeira fase a de Urgência e Emergência, são realizadas extrações, endodontias, escavação em massa, expectante e prescrição medicamentosa quando tem a presença de fístula e precisa ser extraído. Nesse paciente foram realizados tratamentos endodônticos no tratamento anterior com o intuito de tentar salvar o elemento e conseguir que ele continuasse exercendo sua função na cavidade bucal, pois, a perda prematura de elementos pode fazer com que tenham erupções anormais fazendo com que possam ocorrer alguns problemas como na fala, mastigação, inclinação de dentes adjacentes, doenças sistêmicas. Então quando se tem uma polpa infectada devemos realizar o tratamento de canal para podemos preservar aquele elemento no seu lugar exercendo sua função e que tenha a perda fisiológica (YI YU et al., 2020).

Mas, depois de realizar radiografias para proervação dos elementos com tratamentos endodônticos notamos a necessidade da extração do elemento 85, que está sem restauração protegendo a pulpectomia realizada, e com presença de cicatriz de fístula e lesão.

Ainda na fase de emergência será feito a escavação em massa, com restauração provisória, decidimos nesse caso priorizar a restauração provisória dos elementos, devido às lesões cariosas estarem se tornando ativas novamente com presença de tecido amolecido, anteriormente elas apresentavam serem lesões cariosas crônicas, sem tecido amolecido e presença de dor. A restauração provisória será com intuito de motivar o paciente e os pais a realizarem os cuidados necessários e tentar paralisar as progressões das cáries contribuindo para uma adequação do meio bucal, diminuindo a microbiota criogênica. Quando usado o ionômero de vidro como material restaurador provisório, ele possui flúor, que será liberado gradualmente em contato com a água, e ajudará a paralisação destas lesões. Enquanto isso são instituídas medidas preventivas de controle, como a dieta, para que ocorra uma reversão do quadro clínico. Esse processo pode ser chamado de expectante, escavação ou capeamento pulpar indireto. A primeira etapa dessa técnica é a remoção superficial da dentina necrótica e desmineralizada, e restauração provisória, tendo como objetivo promover modificações no meio ambiente da lesão, promovendo reação fisiológica do complexo dentina-polpa, onde terá formação de dentina reacional e esclerosada, favorecendo a manutenção da vitalidade pulpar que é reduzido comparado quando se remove totalmente a cárie.

Estudos realizados mostraram resultados terapêuticos favoráveis, com alta taxa de sucesso quando realizado esse tratamento (JARDIM et al., 2015).

O ionômero de vidro possui vantagens como, sua capacidade de adesão ao dente, contribuindo para o vedamento marginal e conseqüentemente para a longevidade da restauração, apresentam o benefício de liberação contínua de flúor, além de baixa solubilidade e excelente compatibilidade. Têm como desvantagens ser mais opaco, não estabelecendo uma boa estética e são pouco resistentes (RODRIGUES et al., 2017).

Dessa forma, com o objetivo de se controlar a doença, devem ser adotadas condutas que visam atuar em todos os fatores etiológicos possíveis, incluindo maneiras corretas de motivação para melhorar a higienização dos pacientes e a educação higiênica dos pais e responsáveis (GUEDES PINTO et al., 2016).

A segunda fase é Programa Preventivo Individual, quando falamos em restabelecer uma criança, levar ela de um hábito a outro, temos que envolver também seus responsáveis. Pois, na maioria das vezes são eles os responsáveis por aquela situação. Devemos então estabelecer uma saúde para aquele paciente e família. Segundo, Guedes Pinto et al., (2016) devemos nos relacionar com os responsáveis pela criança, estabelecendo uma boa convivência e de parceria para que se obtenha sucesso no tratamento da criança, já que os objetivos de todas as partes parecem o mesmo: bem-estar, sucesso no comportamento durante a execução dos procedimentos e principalmente o alcance da saúde integral.

Quando falamos de adequação de um paciente, devemos pensar na sua dieta, no caso desse paciente, a mãe relatou que a criança faz o consumo de muitos alimentos açucarados, como: balas, doces, leite com achocolatado. Além de muitas vezes dormir sem escovar os dentes, sabemos que durante a noite ocorre a diminuição da saliva, favorecendo o aparecimento de lesões cáries.

Guedes Pinto (2010) já dizia que a saliva é, sem dúvida, o principal sistema de defesa do indivíduo contra a cárie dentária, em razão de suas características químicas, mecânicas, antimicrobianas e imunológicas. Rocha et al., (2018) em seu artigo também afirma que a doença cárie é multifatorial, que se caracteriza pela perda de minerais da estrutura dentária que além de analisar dieta, microrganismos, a saliva é um fator que também deve ser avaliado quando se tem um alto índice cariogênico, pois,

possui propriedades importantes, principalmente por meio da formação da película adquirida, da lavagem, da neutralização de ácidos bacterianos e da presença de eletrólitos, sendo responsável pela homeostasia oral e fundamental para a estabilidade do pH bucal. A saliva exerce poder tampão que é definida pela propriedade da saliva em manter o pH dos fluidos constantes frente às contínuas variações do meio bucal, sendo um mecanismo de defesa contra a doença, porque neutraliza a produção de ácidos formados pela placa bacteriana, evitando a desmineralização do esmalte e a formação de cárie, quando então se tem a diminuição do fluxo salivar também tem o efeito tampão da saliva diminuída.

Sabemos também que a relação de uma dieta adequada está relacionada com o nível socioeconômico da sociedade, e também do estilo de vida apresentados pelos responsáveis, uma vez que se tem uma mãe preocupada com sua alimentação, ela também se torna mais rigorosa com a alimentação de seu filho, estando relacionada a hábitos e até mesmo escolaridade, pois, crianças com mãe com menor grau de escolaridade, geralmente costumam ingerir maior quantidade de alimentos açucarados, porque oferecem mais guloseimas, mamadeiras com adição de açúcar, chupetas, além de direcionar mais recursos financeiros em alimentos mais açucarados quando comparadas a mães com melhor nível socioeconômico (GUEDES PINTO et al., 2016).

Vale ressaltar que uma criança com alimentação saudável é menos propícia a outras doenças sistêmicas. O mercado hoje apresenta um “marketing” muito influenciador em alimentos que contém sacarose, no intuito de atingir muitas das vezes as crianças. Quando temos um caso igual esse relatado, devemos tentar mudar seus hábitos alimentares, para que haja mudança na sua saúde bucal como reflexo.

A IHO (instrução de higiene oral), que é o ato de ensinar o paciente a realizar corretamente a higienização está incluída nessa etapa de adequação do paciente, com ela vem a profilaxia, e ATF (aplicação tópica de flúor), momento em que profissional aplica nas superfícies dos dentes o flúor tópico. Quando realizamos o ensinamento da IHO, devemos corar o dente da criança com evidenciadores para que ela possa observar o biofilme e enfatizar a importância de eliminar tudo aquilo que está corado, para ela (criança) podemos falar que são sujeiras, mas, na verdade são presenças de biofilmes, que são formados por bactérias. Após deve-se pedir aos responsáveis e as

crianças que realizem a escovação e o uso do fio dental como se estivessem em suas casas para podermos observar os erros.

Em seguida, devemos ensiná-los como realizar de forma correta e pela técnica que você acha melhor, escolho sempre a Técnica de Fones chamada assim por Guedes Pinto et al., (2016), que é quando se fazem movimentos circulares nas vestibulares, movimentos de vai e vem nas oclusais, essa técnica é para quando a criança ainda é muito pequena e não tem habilidade motora e quando a criança já tem uma maior habilidade motora a técnica de Bass. Uma criança em idade pré-escolar não possui uma boa destreza manual, sendo necessária a escovação dos pais pelo menos uma vez ao dia.

A profilaxia vem posteriormente a IHO, para remover todo aquele biofilme ali presente, evitando que ocorra a progressão da desmineralização do esmalte, surgimento de cavitações e ampliação das mesmas com as perdas progressivas das estruturas dentárias subjacentes, sendo a escovação correta com essa mesma finalidade.

Com o processo de informações de dieta e dentro ainda da segunda fase de adequação do paciente, temos que pensar nas lesões cáries ativas sem cavitações (manchas brancas), com um processo de remineralização do esmalte, com aplicações de fluoroterapia, fazendo com que as lesões regridam ou estabilizem. Guedes Pinto et al., (2016), fala em seu livro que o uso do flúor é o meio de prevenção mais frequentemente utilizado para o controle de cárie dentária. Vale lembrar que o flúor está presente no dia a dia da maior parte dos brasileiros, na água, creme dental e em alimentos. Essa fase tem a finalidade de promover a estabilização da cárie, com todos esses processos já citados de modo a preparar o paciente para a fase restauradora.

A terceira fase é a Fase Restauradora, aonde vamos realizar as restaurações necessárias, seja dos elementos que tratamos endodonticamente, que foram realizados o tratamento expectante, ou que possuem lesões cáries que precisam ser restauradas. A fase restauradora visa a estética e estabelecimento funcional, onde as doenças já estão controladas.

Após essas etapas concluídas, é a hora da quarta fase que é um Programa Individual de Longa Duração, onde estabelecemos períodos para que o paciente possa voltar e realizar suas prevenções, para evitar cáries, gengivites e má-oclusões, pois, o

plano de tratamento baseado em uma filosofia preventiva prevê os cuidados de controle e a sua manutenção, muitos tratamentos podem ser evitados se os pacientes tiverem cuidados regulares (GUEDES PINTO et al., 2016, p.201).

É um momento de perceber se realmente todo aquele esforço e dedicação do profissional serviram para mudanças de hábitos. Apesar, de ser um problema familiar (caso do meu paciente) e os responsáveis por ele não dar a importância necessária para tal situação, pois já estão acostumadas, se tornou normal, podemos dizer que esse hábito está enraizado nessa família, uma vez que a mãe relatou que na sua infância também teve problemas com a doença cárie. Nesse caso a necessidade de uma prevenção se torna mais necessária em que em outras situações em que os responsáveis mostram preocupações quando deparam com uma nova situação, que não seja de saúde bucal.

Devido à pandemia que o mundo está enfrentando e conseqüentemente por nossas aulas terem sido suspensas a sequência do meu tratamento ficou prejudicada, é um fato que o mundo inteiro está presenciando e que está sendo um desafio para todos. Por esse motivo meu caso clínico não pôde ser concluído com as etapas de tratamento que foram citadas no início desse trabalho e com isso vou entrar na parte psicológica, do que crianças podem sentir perante a sociedade por ter doenças como a cárie.

O prognóstico desse paciente é ruim, uma vez que o paciente já realizava tratamento na clínica de Odontologia do UNILAVRAS há um ano e quando chegou ao começo de 2020 para continuar seu tratamento, não apresentava uma situação favorável e de mudanças no perfil, creio que devido a essa paralisação que estamos presenciando a situação não só dele, mas de muitos outros pacientes vão ser de regresso. Como já vimos a prevenção é muito importante principalmente em pacientes com alta atividade de cárie, ajudando assim a manter a motivação aos novos hábitos de qualidade de saúde bucal.

No nosso país a desigualdade ainda bate na nossa porta, mas muitas vezes não enxergamos a real situação, talvez por não estarmos dentro daquele ciclo. A saúde bucal no Brasil ainda é um quadro preocupante, com muita prevalência de cárie dentária, com extrações dentárias prematuras, isso pode estar relacionado diretamente com o nível socioeconômico, uma vez que pessoas com níveis sociais mais inferiores, não possuem acesso a dentistas e não possuem uma dieta favorável, sendo assim mais

propícios a doenças, sem falar que muitos responsáveis não conhecem importância da dentição decídua, precisando ser enfatizado a importância dessa dentição para que não seja necessária a extração prematura (CARDOSO E SIQUEIRA 2018).

Quando me deparei com aquela criança, inocente, com apenas 5 anos e com uma situação tão precária em relação à saúde bucal, fiquei imaginando se ela poderia ter sofrido algum “bullying” na escola, se o psicológico dela não estaria abalado por aquela situação, se a vontade de sorrir poderia estar sendo atrapalhada por ter vergonha.

Tendo em vista que a face é o cartão-postal de uma pessoa e nele inclui o sorriso, que está diretamente relacionado à melhor aceitação e êxito no seu grupo social possibilitando que o indivíduo tenha melhor aceitação. Acredita-se que o sorriso tem relações com interações sociais e que a aparência dos dentes está associada à cultura, status social e com o nível de ensino e que o sorriso interfere na autoestima (RODRIGUES et al., 2017).

Acredito-me que a autoestima começa a ser desenvolvida desde a infância e a saúde bucal reflete diretamente como essas crianças agem na sociedade. Pois, o artigo elaborado por Vieira e Freitas (2017) diz que quando se tem uma criança que possui autoestima positiva ela é confiante, competente e possuidora do seu valor social, quando sua manifestação é negativa se sentem incompetentes sem valores pessoais e confiança. A autoestima baixa pode acarretar comportamentos e pensamentos negativos que podem interferir na sua vida adulta pessoal e profissional e que a autoestima começa a ser desenvolvida desde cedo, sabendo reconhecer seus valores.

Os adultos têm o papel importante em orientar as crianças, pois, geralmente se espelham neles e muitas vezes esses responsáveis não importam com a dentição decídua, como já foi dito por Cardoso e Siqueira (2018), visto que depois vem outro dente, então não precisa ter tanto cuidado. Mas, não visam que estamos vivendo em uma sociedade em que cada dia que passa cobra muita estética, não pode enaltecer somente a estética, mas, também como um dente exerce funções essenciais para a vida de um ser humano. Caldeira (2017) em seu artigo fala que o papel que a família desempenha é primordial, principalmente para crianças que estão em fase pré-escolar, nessa fase a família constitui-se referência mais marcante na vida delas.

Segundo Roberto et al., (2018) é importante ressaltar também a falta de informação que muitas pessoas têm quando se fala em Odontologia. A ausência de conhecimentos específicos em saúde bucal pode levar os indivíduos ao agravamento dos problemas existentes, maior dificuldade no manejo de condições clínicas, aumentando a demanda por serviços de saúde.

Passos (2020) cita em seu artigo que a educação em saúde bucal não atinge todo o nosso país, e que muitos desconhecem o autocuidado com a saúde bucal o que leva a evidência de que precisa ter promoção de saúde bucal desde a primeira infância para que adquiram conhecimento voltado ao autocuidado, em todos os benefícios. No sentido de busca de qualidade de vida o ambiente escolar é propício para o desenvolvimento em programas de saúde e de implantação de medidas preventivas, uma vez que nas escolas conseguimos abranger várias faixas etárias tornando-se assim o trabalho mais abrangente a diversos grupos de alunos.

Por isso, nós como profissionais da saúde podemos levar conhecimentos a eles, gerando promoção de saúde que é uma forma de se trabalhar a prevenção de doenças, sendo realizada preferencialmente em ambientes de convívio social, como as escolas. Pois, programas educativos devem ser vistos como importantes estratégias para construção de hábitos de saúde em crianças pré-escolares. As crianças apresentam maior capacidade de desenvolver hábitos saudáveis de higiene, quando motivadas tornando esse comportamento firme e mais difícil de aceitar novamente a mudança (SIGAUD et al., 2017).

Devemos sempre lembrar que a saúde não é apenas a ausência de doença, mas sim o completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo, assim é a saúde apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A promoção de saúde vai além da responsabilidade exclusiva do setor de saúde, passa para uma proporção coletiva e social, onde preparam a comunidade para uma atuação mais dinâmica com maior controle sobre sua saúde dando a oportunidade de modificar o ambiente em sua volta (OLIVEIRA et al., 2019).

2.2 Aluna Caroline Faria Militani

Meu nome é Caroline Faria Militani, tenho 23 anos. Sou natural de Nepomuceno, onde cresci e estudei até me formar no Ensino Médio. No 9º ano do Ensino Fundamental II, comecei a me interessar pelo curso de Odontologia, procurei saber mais sobre o curso e me identifiquei, já tinha certeza do que queria fazer. Formei-me no Ensino Médio decidida, mas às vezes me batia um medo de estar precipitada e não gostar do curso. Antes de iniciar o curso, tinha uma visão de que Odontologia é uma profissão na qual traz a felicidade para as pessoas com a forma mais bonita de se expressar, o sorriso, e eu queria fazer parte dessa profissão.

Fiz os vestibulares e passei. Eu e minha família decidimos que seria melhor fazer o curso em Lavras-MG, por conta da distância e por ser muito apegada a eles. Sem falar que o curso de Odontologia do Unilavras é reconhecido como excelência na região.

2.2.1 APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

O caso clínico foi conduzido por mim, na Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), na disciplina de Clínica Infantil III, durante o oitavo período. Fui supervisionada pela professora Ísis Maria Patto Carvalho, que me orientou e conduziu para chegar a um melhor diagnóstico e tratamento.

2.2.2 ATIVIDADE DESENVOLVIDA

Estava acompanhando uma colega que atendia uma paciente e junto dela havia a mãe e a irmã. Ao observar a criança vi que ela apresentava um quadro clínico avançado de lesões cáries em todos os incisivos (centrais e laterais superiores), me comovi com a situação e me propus a ajudá-la, tive um retorno positivo da mãe, que ficou muito feliz.

Após duas semanas iniciei o tratamento. A paciente era do sexo feminino, melanoderma, apresentando seis anos. Na primeira consulta conversamos bastante para que a criança se acostumasse com o ambiente e não se sentisse coagida, por isso optamos por fazer apenas a anamnese.

Por Guedes Pinto et al., (2016), para que haja um bom relacionamento é necessário um equilíbrio entre as necessidades da criança e do profissional. O caminho a ser tomado deve ser o do entendimento e respeito a criança, para que ambos possam

gradativamente se adequar à situação. Desenvolver sua sensibilidade e a percepção será de grande valia para o clínico, pois, como o ser humano consegue usar de simulação, é nessas relações interpessoais que se evidenciam a distância do esquema corporal autêntico e da atitude interpessoal que está tomando. A criança pode sorrir delicadamente para alguém e interiormente odiar essa pessoa. Transformar essas situações para que tenham resoluções positivas requer grande parcela de paciência. É preciso conhecer as necessidades básicas da criança: afeição, aprovação e autoridade.

Na anamnese foi constatado que a paciente tinha uma dieta cariogênica (comia bolachas, bala, leite com achocolatado e chocolate em livre demanda), e não mantinha hábitos de higiene oral corretamente.

Segundo o estudo feito pela Tonelli et al., (2016), a associação entre cárie e níveis socioeconômicos mais baixos pode ser explicada pelo consumo elevado de carboidratos por indivíduos e comunidades de baixa renda no Brasil, incluindo o açúcar, pela negligência na utilização de dentifrício fluorado e pelo acesso inadequado ao serviço odontológico. Outros estudos demonstraram que fatores como condições de privação social e baixo nível de instrução dos pais/responsáveis podem exercer impacto negativo na experiência de cárie na dentição decídua.

Na segunda consulta fizemos os exames clínicos intraoral, extraoral e radiográfico. Foram feitas as radiografias periapicais e interproximais para apresentar um melhor diagnóstico das lesões cariosas presentes na paciente (figura 3).

A avaliação ortodôntica foi dispensada pelo Professor José Norberto de Oliveira Júnior, responsável pela ortodontia corretiva da clínica de Odontopediatria do UNILAVRAS, pela falta de contato nos dentes anteriores, na qual foi comprometida pela cárie. A paciente apresentava um bom padrão facial.

Figura 3 -Visão frontal da maxila e mandíbula (A), visão total do arco superior- maxila (B), visão do arco inferior- mandíbula (C).



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2019)

No exame clínico extraoral (inspeção, palpação, percussão, auscultação) não foi detectada nenhuma alteração que seja considerada anormal. No exame intraoral observamos todas as estruturas, tanto tecido mole como tecido duro. Na avaliação de tecido mole observamos todas as estruturas presentes, como lábios, palato duro e mole, orofaringe, assoalho bucal, língua e periodonto. No freio labial superior encontramos uma morfologia conhecida como apêndice.

Consoante com Ribeiro et al., (2015) o freio labial é uma estrutura anatômica sempre presente na linha mediana da cavidade bucal, ele se encontra entre os incisivos centrais, sendo responsável pela separação de maneira incompleta do vestíbulo superior e inferior em duas metades simétricas no sentido sagital, sendo de fundamental importância para a estabilização da linha média do lábio e para impedir a excessiva exposição da mucosa gengiva.

Em condições normais, os freios labiais não costumam ser causa de patologias de grande importância para a Odontologia, no entanto, estão intimamente

relacionados a problemas clínicos relevantes nas áreas de Ortodontia, Periodontia, Prótese e estética, bem como podem estar associados à dificuldade de higienização, com aumento local de biofilme, além de problemas fonéticos, dentre outros (RIBEIRO, ISABELA et al., 2015).

No tecido duro foram achadas destruições coronárias, apresentando lesões cáries ativas e inativas. Foi encontrada também uma patologia no elemento 82 (incisivo lateral inferior do hemi-arco direito) conóide. Segundo Silveira et al., (2017) dentre as causas que interferem à estética do sorriso encontram-se as anomalias dentárias. A anomalia de número é uma microdontia isolada, sendo o incisivo lateral superior o mais acometido. A coroa de um dente conóide apresenta-se sob forma de cone e sua raiz geralmente tem o comprimento normal. Estes incisivos normalmente são unilaterais, não tem preferência por lado da arcada, sua maior prevalência é em mulheres e com maior ocorrência na dentição permanente. Isso acontece porque uma herança autossômica dominante estimula uma mineralização apenas do lóbulo médio dos incisivos laterais.

O plano de tratamento visa primeiramente à promoção de saúde do paciente, considerando não só o tratamento da doença, mas principalmente a tentativa de instituir novos hábitos nos pacientes (GUEDES PINTO et al., 2009, p.80.). (Tabela 3). Com base nisso iniciamos um plano de tratamento que se baseia em quatro estágios:

- Avaliação e urgência.
- Adequação do meio bucal do paciente.
- Fase restauradora.
- Fase de manutenção.

De posse desses dados é possível identificar quais e como os determinantes estão atuando em cada paciente, assim se determinam o risco e a atividade de cárie dentária e doença periodontal, sendo possível estabelecer um plano de tratamento que aborde ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. Quando se avalia diferentes autores que trabalham nessa filosofia, encontramos os que dividem o plano de tratamento em diferentes fases, mas com estratégias em comum. Toledo (1996) e Guedes-Pinto e Issao (2006), iniciam com Fase de Urgência (geralmente se referem ao

controle da dor). Correa (2005) inicia com a Etapa Sistêmica (caso haja necessidade de algum cuidado sistêmico especial). As etapas seguintes, Adequação do Comportamento, Adequação do Meio Bucal (tem como objetivo dar condições para modificação de hábitos e melhoria do meio bucal), Restauradora e Manutenção, são comuns aos autores acima citados (Fiuza et al., 2017).

Quadro 3 - Ocorrência e diagnóstico e plano de tratamento

DENTE	OCORRÊNCIA E DIAGNÓSTICO	PLANO DE TRATAMENTO
55	LCA com C na ODP / LCI sem C na O	Pulpectomia e Rest. RC CL II ODP
54	LCA sem C na O	Proservação
53	Hígido	
52	Coroa extensamente destruída com LCA e LCI	Escavação em massa e selamento com Ionoseal
51	Coroa extensamente destruída com LCA e LCI	Possível exodontia
61	Coroa extensamente destruída com LCI	Possível exodontia
62	Coroa extensamente destruída com LCI	Escavação em massa e selamento com Ionoseal
63	Hígido	
64	LCA com C e LCI na ODP	Escavação em massa/ Possível Tratamento endodôntico/ REST. RC CLII ODP
65	LCA com C e LCI na O e havia cicatriz de fístula	Tratam. Endodôntico e REST. RC CL I O
75	LCA com C na O/ Hipomineralização O	REST. RC CL I O
74	LCI com C na OL	Escavação em massa/ Rest. RC CLII OL
73	Hipoplasia de esmalte na V	
72	Hígido	
31	Em erupção	
41	Em erupção	
82	Conóide / Hígido	
83	Hipoplasia de esmalte	
84	LCI sem C na O	Proservação
85	LCI com C na ODV	Escavação em massa/ REST.RC CL II ODV

* LCA (lesão de cárie ativa); *LCI (lesão de cárie inativa); *C (cavitação); *V (Vestibular); *O (oclusal); *ODV (oclusal, distal e vestibular) *OL (ocluso-lingual); *ODP (oclusal, distal e palatino) * CL (classe); *Rest. RC (Restauração em Resina Composta).

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

A paciente apresentava um quadro avançado de doença da cárie dentária, com várias urgências, mas com ausência de dor. A cariologia é uma parte da Odontologia não como especialidade, mas sim como uma área do conhecimento inserida em várias das especialidades odontológicas. Isso porque a cariologia tem como objetivo de estudo a cárie dentária: doenças, sinais, sintomas e todos os processos envolvidos na prevenção, no controle e tratamento (GUEDES PINTO et al., 2009, p.133).

Segundo Da Silva et al., (2015) a cárie precoce da infância, também conhecida como cárie de mamadeira é uma doença que acometem crianças menores que 5 anos. A alimentação é um dos principais fatores para o início da doença. A amamentação prolongada e noturna com líquidos açucarados são as causas, pois, causa a deposição de alimentos nos dentes que irão fazer com que as bactérias causadoras da cárie se aproveitem deste substrato. O grande problema é que isto afeta a qualidade de vida da criança, pois, causa um grande desconforto a mastigação, a alimentação, causa dor pelas extensas lesões atingindo dentina. Por isso é importante o diagnóstico e tratamento precoce para evitar efeitos negativos na vida da criança.

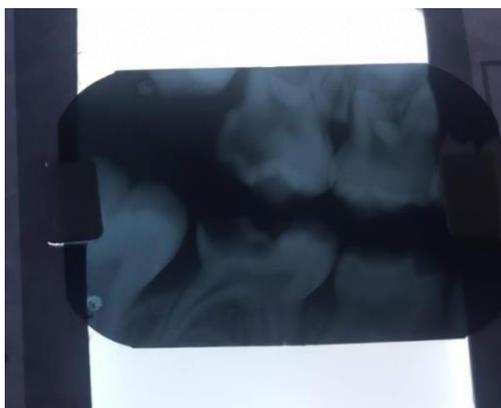
Após uma semana, a mãe da paciente enviou uma foto, e nela a criança apresentava um inchaço do lado esquerdo de seu rosto, que estava bem proeminente e sintomática (figura 4). A paciente foi atendida e constatamos que era um abscesso derivado do elemento 65, no qual já havia cicatriz de fístula. Observamos no exame radiográfico que a lesão cariosa já havia comprometido grande parte do teto pulpar (figura 5), por isso receitamos para ela Amoxicilina e Dipirona Monoidratada e pedimos que retornassem na próxima semana para fazermos a remoção total do tecido cariado e a pulpectomia.

Figura 4 - Paciente com inchaço unilateral esquerdo decorrente do abscesso.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2019)

Figura 5- Radiografia do elemento 65



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2019)

Na semana seguinte já não havia inchaço e começamos o tratamento. Primeiramente anestésiamos a paciente com lidocaína com epinefrina 2%, utilizando a técnica anestésica supraperióstea (infiltrativa). Fizemos a profilaxia do elemento 65 utilizando escova de Robinson e pedra-pomes em pó, e preparamos o isolamento absoluto do campo operatório. Foi removido todo o tecido cariado e realizamos a abertura da câmara pulpar e irrigamos com a solução de hipoclorito de sódio a 1% (solução de Milton) e soro fisiológico, sempre alternando. Após a abertura e irrigação, localizamos os canais radiculares e por meio da radiografia definimos a odontometria de cada canal. Para chegarmos ao tamanho exato devemos considerar o germe do

permanente e recuarmos de 1 a 2 mm (canal palatino — 12 mm / canal méso-vestibular e canal disto-vestibular — 11 mm), e assim começamos a instrumentação com limas do tipo Keer irrigando com a solução de Milton 1% e intercalando com o soro fisiológico. O processo termina quando os canais estão amplos, sem degraus e o líquido não apresenta turvação. A lima final é denominada como lima memória, elas nos auxiliam na confecção do batente apical evitando o extravasamento da pasta, na qual utilizaremos para obturar os canais, cada canal apresentou um diâmetro (canal palatino — lima 40 / canal méso-vestibular — lima 30 e canal disto-vestibular — lima 35). Infelizmente não conseguimos obturar o canal na mesma sessão e então realizamos o curativo de demora (bolinha de algodão com tricresol formalima) e selamos com ionômero de vidro (Meron[®]).

O hipoclorito de sódio NaOCl é a solução irrigante de canais radiculares mais usada comumente, é também conhecido como água sanitária. Ele é um excelente agente antimicrobiano, além de dissolver tecidos necrosados e vitais, biofilmes e componentes orgânicos da dentina (HARGREAVES, K. M, 2017). Para Armelin (2018) a irrigação é uma das etapas mais importantes, pois, é realizado o desbridamento e a desinfecção dos canais radiculares. O hipoclorito de sódio pode ser encontrado em várias concentrações. A solução de Milton é solução de NaOCl a 1% estabilizada por cloreto de sódio a 16%.

Segundo Hargreaves (2017), o tricresol formalina é um tipo de formaldeído que contém 10% de tricresol e 90% de formaldeído. Quando se aplica esse líquido a uma bolinha de algodão, por ser volátil, ele libera vapores antimicrobianos. Guedes Pinto et al., (2016), disse que apesar de ser um sucesso em dentes decíduos pela sua fácil aplicação quando se realiza uma pulpotomia, esse tipo de substância possui um alto nível de toxicidade, podendo ter efeitos mutagênicos e carcinogênicos.

O cimento ionômero de vidro tem um uso bem amplo em várias áreas em Odontologia, ele pode ser usado para cimentação, selamento provisório, forramento de cavidades. Os CIVMR (cimento de ionômero de vidro modificado por resina) fotopolimerizáveis são considerados bons materiais para recobrimento pulpar, devido à sua (boa) força de compressão, à sua adesão à dentina, à habilidade de libertar flúor e à sua adesão química aos materiais restauradores (Pragassam et al., 2015).

Na segunda consulta a paciente não compareceu na Clínica, ficamos preocupados, entramos em contato com a responsável, para finalizamos o tratamento endodôntico, já que, aquela clínica seria a última do período. Conseguimos um retorno da mãe e remarcamos a consulta para o outro dia.

No dia seguinte a paciente compareceu à clínica para finalizamos o tratamento endodôntico. Fizemos todo o protocolo de anestesia e isolamento absoluto novamente no elemento 65. Foi removida a obturação provisória e o curativo de demora, irrigamos com a solução de Milton, intercalando com soro fisiológico, aspiramos e utilizamos os cones de papel absorvente, os cones de papel devem ter o mesmo diâmetro dos canais (canal palatino — lima 40 / canal mésio-vestibular — lima 30 e canal disto-vestibular — lima 35), para deixamos o canal seco e pronto para receber a pasta de obturadora (óxido de zinco, eugenol e iodofórmio), selamos novamente com o ionômero de vidro (Meron ®).

Na mesma consulta executamos a escavação em massa no elemento 85, removemos o tecido cariado ativo e amolecido com colher de dentina. Realizamos uma remoção parcial do tecido cariado e foi selado com o material Ionoseal. A remoção do tecido cariado amolecido teve que ser feita com muito cuidado no teto da câmara pulpar, uma vez que havia grande risco de exposição da polpa, por isso optamos por começar a escavação nas paredes adjacentes, pela Técnica da Remoção Parcial. Após a remoção parcial do tecido cariado e da restauração provisória devemos acompanhar radiograficamente e observar se haverá uma formação de dentina reacional, facilitando a possível remoção futura do tecido cariado próximo à cavidade pulpar sem comprometê-la, evitando uma possível inflamação pulpar.

A remoção parcial de cárie refere-se à remoção seletiva de tecidos cariados, deixando uma porção em vez de remover toda a dentina amolecida quase medular e a cavidade é preenchida firmemente (com ou sem cobertura indireta da polpa) (Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi et, al. 2018).

O conceito de IPT refere-se às cáries profundas próximas à polpa no dente afetado, mas sob a premissa de que a polpa é normal ou apenas pulpite reproduzível, se as cáries removidas para remover a cárie exporem a polpa, escolha reter a polpa profunda. As cáries da polpa são cobertas com materiais biológicos para promover a

remineralização dos tecidos dentários e a formação de dentina restauradora (Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi et al., 2018).

Com o passar das consultas ela já se sentia mais confortável em relação a instrumentais e a barulhos. A psicologia na Odontologia é muito importante para que consigamos condicionar a criança a um tratamento mais tranquilo e não traumático. Segundo Guedes Pinto et al., (2016) a comunicação do profissional também pode ser feita pelo contato físico, comunicação verbal e não verbal, técnica da distração e reforço positivo e falar-mostra- fazer. Com isso, essas técnicas devem ser usadas para auxiliar nas condutas clínicas. A técnica de falar-mostrar-fazer consiste em descrever o procedimento no linguajar da criança, depois demonstrar e executar o procedimento. Usamos esta técnica com a paciente para que ela se sentisse mais confortável e familiarizada com o ambiente e obtemos sucesso.

Infelizmente o período terminou e atendemos apenas algumas urgências da paciente, sem fazer o plano de tratamento completo como o Professor Ricardo Barbosa nos passou pelo seu ensinamento. Mas assim que retornarmos as atividades, entraremos em contato com o responsável da paciente para que assim, possamos dar continuidade no caso.

Portanto, o prognóstico da paciente pode ser considerado como duvidoso devido aos fatores, alimentação predominantemente açucarada e rica em carboidratos e falta da higiene oral adequada. Como fizemos apenas a pulpectomia do elemento 65 e a escavação em massa do elemento 85 não se pode estimar como foi seu prognóstico, porque necessitaríamos de mais sessões para dar continuidade ao tratamento. Lembrando que quando a paciente retornar a clínica, teremos que reavaliar e verificar a necessidade de cada caso, para que assim possamos fazer o plano de tratamento, contendo: avaliação e urgência, adequação do meio bucal do paciente, fase restauradora e a fase de manutenção.

O plano de tratamento baseado em uma filosofia preventiva prevê os cuidados de controle e manutenção no momento que é apresentado ao paciente. Muitos tratamentos complicados e onerosos poderiam ser evitados se todos os pacientes tirassem vantagem dos cuidados regulares (Guedes Pinto et al., 2016, p.201).

2.3 Aluna Fabiana Silva Carvalho

Meu nome é Fabiana Silva Carvalho, tenho 23 anos, sou natural de Lavras. Passei minha infância e adolescência em Carrancas com meus avós. Meus pais moravam na fazenda em Itutinga, onde eu passava todos os finais de semana. Desde então me despertou o interesse de cursar Medicina Veterinária e este sonho me acompanhou até o final do ensino médio quando ingressei em um cursinho pré-vestibular e prestei o ENEM. Como não fui aprovada decidi esperar o próximo ano, pois, sempre estive certa que era o que eu realmente queria. No ano seguinte, enquanto esperava o resultado do ENEM, minha família e eu decidimos que eu faria o vestibular do Unilavras, caso não fosse aprovada novamente. No momento de escolha do curso pensei em fazer o que sempre sonhei, porém, como era o sonho da minha mãe que eu fizesse Odontologia, comecei a pensar na possibilidade. Não tenho dentistas na família, mas quando criança eu frequentava a dentista na escola, o que me fez lembrar o quanto eu gostava de estar naquele consultório. Após alguns dias, pesquisando as áreas de atuação do dentista, me interessei e prestei vestibular.

Ao iniciar, fui me entusiasmando cada dia mais e sabendo também que o curso é muito bem-conceituado, percebi que eu estava fazendo a escolha certa e a Odontologia foi me encantando, mesmo com os altos e baixos que encontrei durante a jornada.

A adaptação também não foi fácil, morar com pessoas desconhecidas, novas amizades, novos hábitos, novas obrigações e longe do conforto de casa no dia a dia. Durante esses anos acadêmicos vivenciei várias experiências e foram de muito aprendizado, sem dúvidas. Aprender a trabalhar em equipe, a ser mais comunicativa, me relacionar melhor com as pessoas e a tratar um paciente como um todo, com certeza farão de mim uma profissional melhor.

2.3.1 ATIVIDADE DESENVOLVIDA

O trabalho que apresentarei foi realizado na Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) na disciplina de Clínica Infantil III, orientada pela professora Luciana Tourino, onde a paciente do sexo feminino de 7 anos compareceu acompanhada de sua mãe (gestante) e irmã de 6 anos, encaminhada para tratamento integral pela sua UBS (Unidade básica de Saúde) da cidade de Lavras.

Na primeira consulta sempre tentamos estabelecer um contato com a criança, precisamos ter noção de como ela se comportará, visto que na Odontopediatria encontramos crianças com diferentes temperamentos, medos e anseios. Pois, conforme o artigo elaborado por Ferreira e Oliveira (2017), é possível que a criança apresente várias reações em relação à Odontologia, porque podem ter sido influenciadas por histórias negativas vivenciadas por pessoas próximas, por isto ela pode demonstrar medo e ansiedade perante o procedimento.

Além disso, neste primeiro contato realizamos a anamnese, onde foi relatado que a paciente não apresentava problemas sistêmicos. Quando perguntada sua história odontológica, foi dito que só teve contato com dentista uma única vez, visto que ela estava com dor, mas não soube apontar qual o dente em questão. Quando perguntei à paciente ela não quis responder, já que era bastante tímida, ficava sempre com a mão na boca se contorcendo na cadeira, mostrava uma linguagem corporal de desconfiança.

Para Guedes Pinto et al., (2016) é importante a parte de psicologia quando se trata de Odontopediatria, pois, é preciso ter noções do desenvolvimento somático (motricidade, fala) e emocional da criança (comportamentos sociais, adaptações e personalidade), já que isto ajudaria na relação profissional-paciente durante o tratamento tornando-o mais fácil.

O comportamento da criança muita das vezes é um reflexo de desajustes familiares. Assim, quando filhos de pais ocupados ou separados (como a minha paciente) normalmente vão demonstrar uma insegurança e provável ansiedade, em decorrência da desestruturação familiar (GUEDES PINTO et al., 2016).

Levando isto em conta, minha auxiliar Laís Felizalle e eu, tentamos criar um vínculo com a paciente, apresentando os instrumentais e os equipamentos a sua volta, na tentativa de deixá-la mais descontraída e à vontade. Optamos por não fazer nenhum tratamento de urgência nesta primeira consulta.

No exame extraoral não foi encontrado nenhuma anormalidade. Neste exame é onde verificamos se há nódulos linfáticos, edema extraoral e assimetria facial. Segundo Hargreaves (2017), o exame visual pode não ser suficiente para identificar algum nódulo, por isso é necessário a palpação da face. Pois, para o paciente, se o inchaço for bilateral ele pode ser considerado normal. Ao fazer o exame intraoral

verificamos todo o tecido mole, cor e textura da mucosa, língua, bochecha, fazemos palpação observando se há presença de fístulas ou edema. Um achado importante que eu pude notar é que havia cicatriz de fístula entre os elementos 64 e 65. Para Hargreaves (2017), a fístula é uma comunicação intraoral na superfície gengival dos tecidos periapicais, que se dá por uma infecção endodôntica crônica. É um sinal característico que sobressai em diagnósticos, mas não é uma enfermidade. Foram realizados então os exames clínico e radiográfico (tabela 4) (Figura 6).

Quadro 4 - Ocorrência e diagnóstico e plano de tratamento.

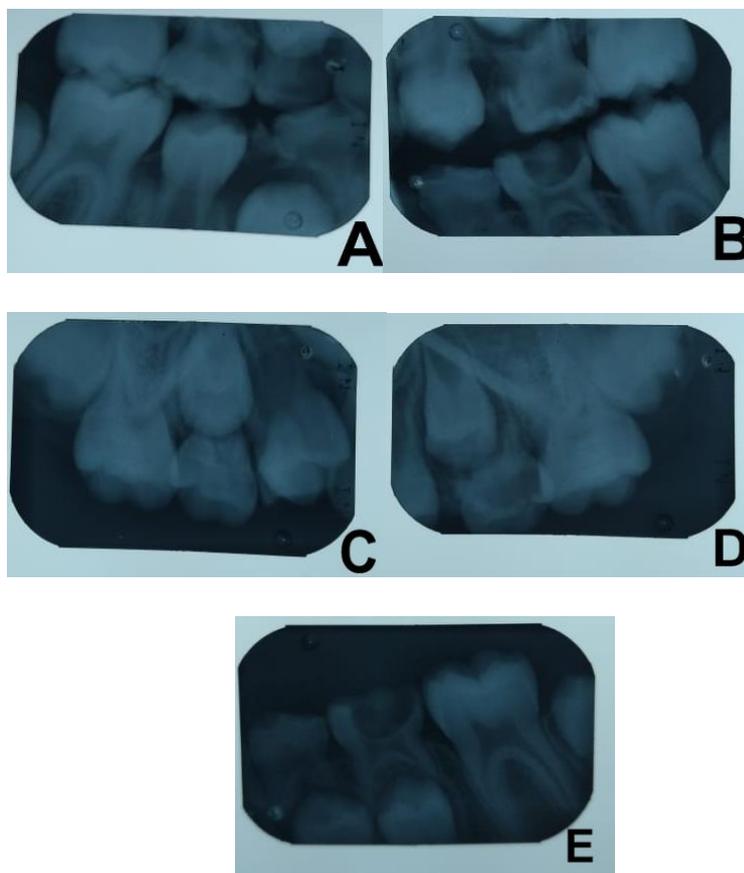
DENTE	OCORRÊNCIA E DIAGNÓSTICO	PLANO DE TRATAMENTO
16	Hígido	Selar com ionômero de vidro Ionoseal
55	LCI sem C na face D/ LCA com C na face O	Restauração Classe II
54	Destruição coronária	Exodontia
14	Em erupção	
53	Hígido	
52	Ausente	
11	Hígido	
21	Hígido	
62	Ausente	
63	Hígido	
24	Opacidade com LCA sem C na face O	
64	Raiz residual	Exodontia
65	LCI com C nas faces O e P e pigmentação V	Exodontia
26	Hígido	Selar com ionômero de vidro Ionoseal
36	LCI sem C na face O	Selar com ionômero de vidro Ionoseal
75	LCA com C na face O e L e destruição coronária	Restauração Classe II
74	LCI sem C na face O	
73	Hígido	
32	Hígido	
31	Hígido	
41	Opacidade V	
42	Hígido	

83	Hígido	
84	LCI sem C na face O	
85	Raiz residual	Exodontia
45	Hígido	
46	Hígido	Selar com ionômero de vidro Ionoseal

*LCI (lesão de cárie inativa); *LCA (lesão de cárie ativa); *C (cavitação); *D (distal); *P (palatina); *V (vestibular); *L (lingual); *O (oclusal).

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Figura 6- Exame radiográfico dos molares superiores e inferiores lado direito (A), exame radiográfico dos molares superiores e inferiores lado esquerdo (B), exame radiográfico do elemento 55 (C), exame radiográfico do elemento 65 (D), exame radiográfico do elemento 75 (E).



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2019)

Juntamente a professora Luciana, elaboramos um plano de tratamento (tabela 5). Segundo Guedes Pinto et al., (2016) a sequência de tratamento na Odontopediatria deve ser dividida da seguinte maneira:

1ª fase: avaliação e/ou urgência e emergência

2ª fase: tratamento preparatório

3ª fase: reabilitação do paciente

4ª fase: fase preventiva ou manutenção

Quadro 5 - Plano de tratamento dividido por sessão.

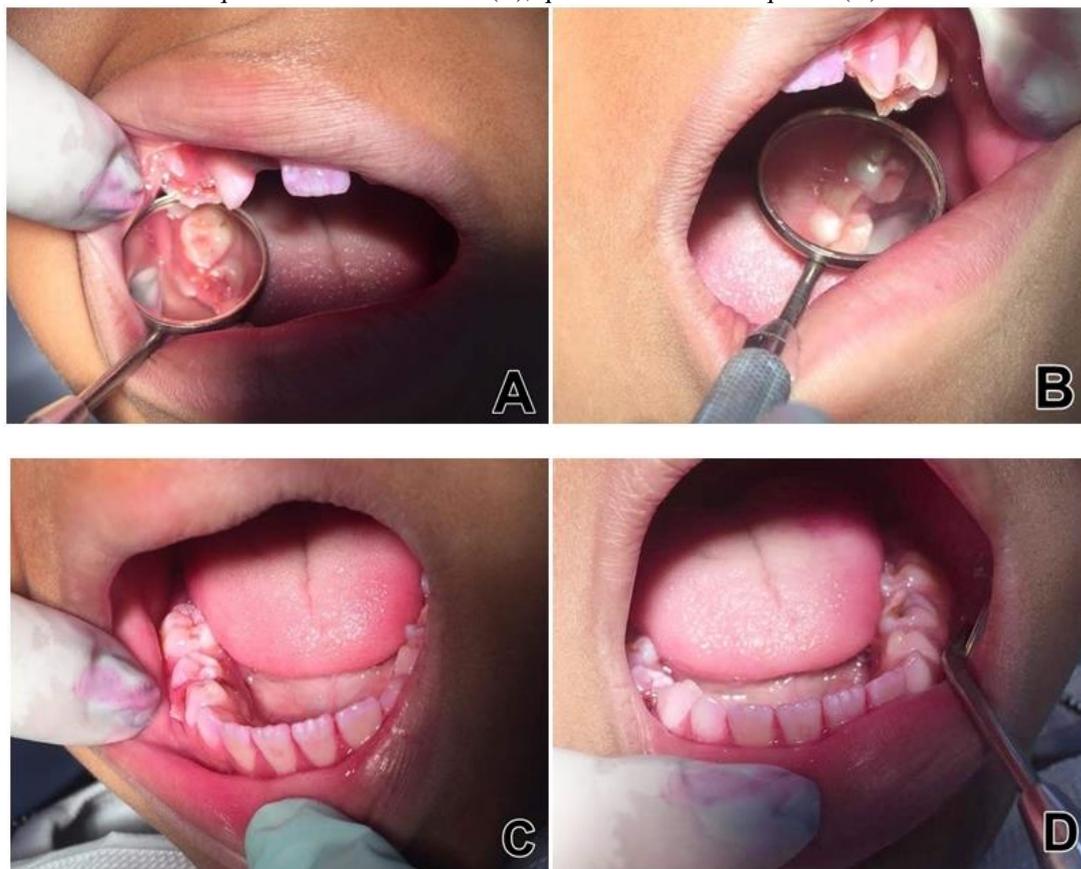
Avaliação e/ ou urgência	
SESSÃO	TRATAMENTO
1	Exodontia dos elementos 54 e 85
2	Exodontia dos elementos 64 e 65
Tratamento preparatório	
SESSÃO	TRATAMENTO
3	Instrução de higiene oral, controle de biofilme (evidenciação e profilaxia), aplicação tópica de flúor e conversa sobre hábitos.
Reabilitação do paciente	
SESSÃO	TRATAMENTO
4	Restauração classe II do elemento 75 e selante no elemento 36
5	Restauração classe II do elemento 55 e selante no elemento 26
6	Aplicação de selante nos elementos 16 e 46
Fase preventiva ou manutenção	
Conforme a presença ou ausência de cárie, educação e motivação da criança determina-se a frequência dos retornos.	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Como aprendido em aula e de acordo com Guedes Pinto et al., (2016) na primeira fase são feitos procedimentos de emergência, a dor é causa mais comum das consultas odontológicas de urgência, o tratamento nesta sessão seriam as escavações em massa, endodontias e exodontias, seguindo os princípios de: qualificar, quantificar, priorizar e ordenar. Primeiramente qualificamos o risco e atividades de cárie. Quantificamos se haveria tratamento endodônticos, escavações, extrações em questão. Priorizamos os que poderiam estar atingindo o germe do permanente. Feito isso ordenamos as prioridades, qual quadrante será tratado primeiro e assim por diante.

Na segunda consulta iniciamos então os procedimentos de urgência. A situação inicial da paciente era a seguinte, como podemos observar na figura 7.

Figura 7 - Situação inicial da paciente: Quadrante superior direito (A), quadrante superior esquerdo (B), quadrante inferior direito (C), quadrante inferior esquerdo (D).



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2019)

Para Duque et al., (2013), o condicionamento da criança perante a cirurgia é um fator de extrema importância para que a criança esteja condicionada a confiar no cirurgião dentista. O ideal seria que o dentista não se paramentasse imediatamente, podendo fazer isto dentro do consultório e explicando à criança a função de cada objeto. Deixar o campo cirúrgico montado antes de o paciente entrar no consultório, seria ideal cobrir com um pano cirúrgico para evitar que a criança veja os instrumentais, se possível o auxiliar odontológico deve passá-los por trás da cabeça do paciente/ encosto da cadeira durante o atendimento. Entre estas também é importante ficar sempre atento a alguma manifestação de dor, evitar que a criança veja o sangue, e caso isso aconteça, explicar o porquê aconteceu e que logo irá parar, e por fim deve-se ter cuidado com as palavras que são usadas como, por exemplo, “agulha”, “injeção”, “dor”.

Antes de realizarmos as exodontias explicamos para a mãe que daríamos anestesia e que seria um procedimento mais invasivo. Para a exodontia os hemiarcos escolhidos como prioridade foram o superior direito e inferior direito, devido à

indicação de exodontia dos elementos 54 e 85, pois havia uma destruição coronária significativa em ambos, que impossibilitaria a restauração. Segundo Guedes Pinto et al., (2016) as exodontias devem preferencialmente ser realizadas nos dentes superiores e posteriores pela facilidade na técnica anestésica. A paciente reagiu da mesma forma, como dito antes, sempre tímida e eu ainda não havia conseguido dialogar com ela. Procuramos explicar à criança associando a uma brincadeira sobre a paramentação cirúrgica que usamos, já que o Halloween se aproximava e foi aceito tranquilamente por ela. Sempre curiosa e acompanhando com os olhos todos os meus movimentos.

Sendo assim optamos por usar a técnica de falar-mostrar-fazer, que segundo Takaoka et al., (2016) é uma técnica muito bem aceita pelas crianças. Ao falar, é explicado em frases apropriadas, de acordo com a idade do paciente, o procedimento. Mostrar sem desviar da explicação e por meio da demonstração, visuais, auditivos, olfativos e táteis do procedimento. Fazer o procedimento sem desviar o que foi dito à criança, pode ser feito em um manequim como explicação.

Na segunda sessão a paciente se comportou como na sessão anterior. Houve choro silencioso, não consegui iniciar um diálogo com ela, mesmo com tantas tentativas. Realizamos a exodontia dos elementos 64 e 65, por serem raízes residuais e estarem impedindo que os permanentes erupcionassem.

Graças à técnica falar-mostrar-fazer citada acima, não foi necessário em nenhuma das sessões o uso de abridor de boca e nem contenção física, que é o ato de restringir a liberdade do movimento em pacientes não colaboradores. Para Duque et al., (2013) essa imobilização pode ser realizada pelo cirurgião-dentista, pelo seu auxiliar ou pelo responsável. Esta técnica é indicada para pacientes não colaborativos e quando a técnica de controle de comportamento falhou. Em determinadas situações a contenção física é necessária para proteger o paciente e todos ao seu redor.

A exodontia só deverá ser feita por consequência de infecção e após serem esgotados todos os outros recursos mais conservadores. Devem ser feitas radiografias antes de qualquer procedimento de extração, dando uma visão melhor da situação dentária, do germe permanente e tecido ósseo (GUEDES PINTO et al., 2016). (Figura 8).

Figura 8- Momento cirúrgico proposto



Fonte: arquivo pessoal da autora (2019)

Na segunda etapa do tratamento, é feito tratamento preparatório, que como o nome já diz, prepara o meio bucal do paciente e se baseia na sua atividade de cárie. Fazemos a adequação do meio bucal é onde tornamos as cáries ativas em inativas para eliminação de foco. Segundo Conceição (2007), a lesão de cárie ativa sem cavitação é uma mancha branca, opaca, rugosa e com a escovação ela pode se tornar inativa com coloração branca ou pigmentada e com sua superfície brilhante e lisa. Além disso, temos as lesões de cárie com cavitação e elas também podem ser ativas com cor clara, tecido amolecido e pode apresentar manchas brancas na borda decorrente da desmineralização, já a cárie inativa com cavitação ela apresenta-se escurecida e o tecido é endurecido e não há manchas brancas na cavidade.

Na terceira sessão encaminhamos a criança ao escovódromo e pedimos que ela escovasse seus dentes como fazia em casa. A paciente não tinha uma boa higiene oral, já que continha bastante biofilme espesso. Segundo ela, só escovava os dentes quando estava na escola e não faz uso de fio dental. Quando perguntado a ela se tinha uma escova de dente, ela me relatou que dividia a sua escova com a irmã mais nova, que também havia visivelmente uma altíssima atividade de cárie. Consoante com Guedes Pinto et al., (2016), a transmissão de bactérias entre familiares é extremamente comum, ainda mais via salivar, e aumenta se o paciente for portador de periodontite.

Começamos aí com a instrução de higiene oral. Foi feita uma aplicação do evidenciador de biofilme que em contato com a placa bacteriana atua na parede celular das bactérias produzindo uma coloração intensa esta solução também pode ser usada como ferramenta educativa para que a criança consiga entender melhor onde está a placa bacteriana e eliminá-la (NEWMAN, 2016). Segundo as ideias de Brasil (2001 apud Trento, 2018) as bactérias gram-negativas, têm uma parede mais delgada camada de peptídeo-glicano e sua membrana é rica em lipídeos, elas sofrem descoloração pelo álcool e coram em um tom avermelhado da fucsina.

Desta forma, explicamos a maneira correta de escovação e como utilizar o fio dental, e para ficar didático demonstramos em um macro modelo que imita a arcada dentária. Finalizamos a ação realizando uma profilaxia na paciente usando pasta profilática, “escova de Robinson” e taça de borracha (figura 9).

Para Novaes (2017), estimular a prática da higiene bucal na população socioeconomicamente desfavorecida por meio da educação e da comunicação verbal é um meio simples e prático para que o indivíduo exerça a reformulação de hábitos e melhore sua autoestima.

Figura 9- Aplicação de evidenciador de biofilme em todos os elementos dentários.



Fonte: arquivo pessoal da autora (2019)

A paciente recebeu uma escova de dente com personagem no intuito de incentivar a escovação, além do reforço positivo através de elogio, de modo que ela pudesse mudar seus hábitos.

O reforço positivo é uma técnica usada no incentivo da criança muito usada, ela recompensa as atitudes desejadas. Pode ser de diferentes maneiras, como elogio, mudança no tom de voz, expressão facial, demonstração de cuidado e até lembrancinhas e brinquedos (TAKAOKA et al., 2016).

Nesta fase também é onde analisamos a dieta. Havia sido relatado em sua anamnese o alimento que ela geralmente consumia era bolacha recheada na parte da manhã, almoçava na escola e a tarde em casa comia pão e bebia leite com achocolatado e entre as refeições consumia guloseimas. Por meio desta soubemos também que até pouco tempo ela dormia com a mamadeira com líquidos açucarados. Esses fatores podem ter sido os causadores de várias perdas precoces em sua dentição.

Segundo Silva et al., (2016) os hábitos alimentares são influenciados por vários fatores como socioeconômico, cultural, genético, religioso, étnico, entre outros. Inicia-se no contato do feto com líquido amniótico, depois continuará durante a infância e terá influência de outros fatores ao longo da vida, como o meio em que vive, escola, amigos, mídia. A criança define seus gostos alimentares à medida que ela cresce, por isso é importante estimular desde o início uma alimentação adequada e variada para que reflita nas suas preferências futuras.

O ponto mais crítico para que a cárie se desenvolva é a dieta, pois, ela é responsável pela produção da substância que causa a doença, atuando também na quantidade de secreção salivar e conseqüentemente na quantidade de biofilme. Um fator importante entre a doença cárie e a alimentação são os alimentos industrializados que são ricos em sacarose. Quando a criança é submetida precocemente a alimentos açucarados, elas tendem a escolher o doce e salgado e rejeitar o amargo e o azedo (TOSTA, et al., 2019).

A cárie de mamadeira ou cárie precoce da infância, como atualmente é chamada é desencadeada por quatro fatores individuais primários: microrganismos cariogênicos, dente (hospedeiro), substrato cariogênico, e o tempo em que eles se interagem. A amamentação noturna é a principal causa deste problema, uma vez que, durante o sono o fluxo salivar é reduzido, com isso permite que o líquido se detenha em volta dos dentes causando a desmineralização. Com isso a cárie precoce é uma das principais causas de perdas dos dentes decíduos na infância, o que implicará uma série

de fatores prejudiciais à qualidade de vida da criança como estética, fonética, dificuldade na alimentação (SILVA, et al., 2015).

Conforme Pérez et al., (2019) para que uma lesão cariosa se desenvolva, há a interação entre o esmalte, a microbiota os carboidratos provenientes da dieta, que permitem a produção de ácidos durante um período específico, dependendo da estrutura química do esmalte, portanto, de sua resistência à desmineralização por ácidos bacterianos. A perda de minerais do tecido duro é uma desorganização inicialmente nos prismas de esmalte, que ao ser contínuo acaba destruindo a fase inorgânica desta estrutura dental. O desenvolvimento da lesão é dado por fatores como a quantidade e o tipo de microbiota cariogênica presente na boca, a ingestão de carboidratos e volume de secreção salivar, e os fatores de proteção, como capacidade tampão da saliva, exposição ao íon flúor.

A mãe da paciente foi instruída brevemente como poderia fazer com que a filha tivesse uma alimentação mais saudável, trocando o alimento açucarado por frutas e o leite sem a adição de achocolatado e evitasse a ingestão de guloseimas entre as refeições. Para Guedes Pinto et al. (2016) é importante o esclarecimento que não se tem a pretensão de realizar um diagnóstico nutricional da criança, mas sim direcionar os hábitos alimentares desta, para melhora de sua saúde bucal.

Nesta fase, além da mudança de hábitos alimentares, temos que observar também a frequência do uso do flúor. De acordo com Guedes Pinto et al., (2016) a frequência destas aplicações devem ser feitas de acordo com o risco de atividade de cárie de cada paciente, visto que a água, alimentos e os dentifrícios já contém flúor e deve-se manter uma baixa concentração de flúor na cavidade bucal, pois, em excesso tem-se o risco de intoxicação. A aplicação tópica do flúor é eficaz em qualquer idade, deve-se atentar aos pacientes com lesões de mancha branca ativas e que são favoráveis a grande atividade de cárie.

Consoante com Domingos et al., (2018) o flúor no Brasil foi incorporado na água que abastece a população em 1985, já nos dentifrícios foi adicionado três anos depois. Após a ingestão do flúor ele será absorvido pelo trato gastrointestinal e distribuído na corrente sanguínea, voltando para a cavidade bucal na secreção salivar. Ele está presente na água da maioria da população brasileira, porque é um recurso

barato e que ajuda no decréscimo da doença cárie, além de outros efeitos sistêmicos benéficos. Duque et al., (2013) mencionou que o flúor em níveis elevados pode causar fluorose e em baixo nível não é eficiente contra a prevenção da cárie. Foi estabelecido então uma concentração de 0,6 a 0,7 ppm F na água de abastecimento na maioria das regiões brasileiras.

De acordo com Pordeus e Paiva (2014), além da água, é importante que se utilize dentifrício fluoretado, o indicado é que se tenha no mínimo 1 000 ppm F (parte por milhão de flúor) para que seja eficaz contra a cárie dentária e não ultrapasse 1 500 ppm F. No entanto, ainda se tem outros métodos de aplicação de flúor, que são feitos em escolas através dos bochechos aplicados semanalmente ou gel aplicado nas escovas, e nos consultórios a aplicação de verniz e gel colocado em moldeiras.

Corroborado com Santos et al., (2019), a quantidade de dentifrício utilizado deve ser do tamanho de uma ervilha, logo um creme dental de concentração de 1 000 – 1 100 ppm terá 0,25 de flúor e um dentifrício contendo 1 500 ppm de flúor tem cerca de 0,38 mg. O uso de dentifrício deve-se iniciar após a erupção do primeiro dente decíduo, assim a criança vai criando o hábito da escovação. No caso de crianças menores de 3 anos a quantidade de dentifrício na escova de dente deve ser equivalente a um grão de arroz. Para a faixa etária de 0 – 2 anos o indicado é utilizar creme dental de 1 100 ppm por dia e o uso deve ser noturno. Em crianças de 3 – 14 anos o dentifrício também deve ter até 1 100 ppm. Após esta idade pode-se usar concentrações acima de 1 450 ppm se a atividade de cárie do paciente for baixa. Existem também dentifícios com altas concentrações de flúor, mas estes têm que ser prescritos, pois, contém 5 000 ppm de flúor e seu princípio ativo geralmente é o fluoreto de sódio.

Quando é feita aplicação tópica de flúor na cavidade oral cria-se uma película de esmalte fluoretado, a fluorapatita, que irá reduzir o número de bactérias e ácidos permitindo a remineralização. Com isso ele aumenta a remineralização de lesões de cáries iniciais e também ajuda inibir a formação do biofilme dental. No entanto, seu mecanismo de ação ainda não foi explicado (SANTOS et al., 2019).

Iniciamos então a terceira fase, que é o tratamento restaurador propriamente dito. Na quarta sessão a criança estava mais interativa, chegou a clínica rindo e brincando com sua irmã, e pela primeira vez conversou um pouco comigo. Expliquei a

ela que novamente o procedimento que iríamos fazer e ela aceitou e foi colaborativa. Optamos por restaurar o elemento 75, pois, havia uma grande destruição coronária (figura 10). De acordo com o tamanho da lesão cáriosa ativa corríamos o risco de uma exposição pulpar e partir para um tratamento menos conservador, que seria a pulpotomia.

Demos início ao procedimento clínico seguindo todo o protocolo restaurador, anestesia, remoção da cárie, não houve exposição pulpar, então restauramos definitivamente. Prosseguimos colocando o isolamento absoluto que ajuda no controle da umidade, conforto da criança e ajuda na segurança e proteção. A cavidade era extensa foi feito forramento com Cimento Hidróxido de Cálcio (Hydro C), aplicação do adesivo Single Bond Universal 3M®, Cimento Ionômero de Vidro Modificado e a reconstrução anatômica com resina Filtek Z 250 XT cor A1 da 3M®. Nesta mesma sessão já colocamos o selante de ionômero de vidro Ionoseal no elemento 36, já que estávamos tratando por quadrante.

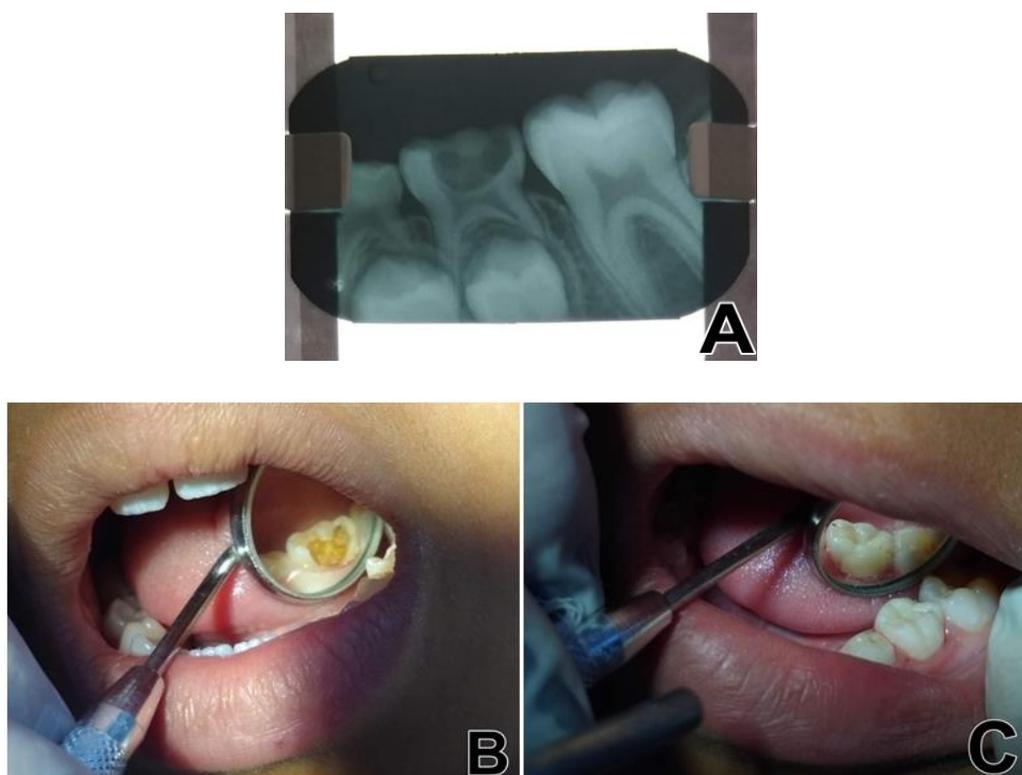
O Cimento Hidróxido de cálcio (Hydro C®) é um material usado para forramento de cavidade que possui boa biocompatibilidade e ação antimicrobiana, sua desvantagem se dá na sua aplicação, que deve ser somente na parede pulpar. O adesivo Single Bonde Universal 3M®, optamos por usá-lo por ser um adesivo auto condicionante de um passo e dispensa a utilização do condicionamento ácido, sua desvantagem é seu alto custo. Para preencher a cavidade que era profunda foi usado o Cimento Ionômero de Vidro Modificado, ele é um material com ação anticariogênica liberando flúor e seu tempo de trabalho pode ser controlado pelo profissional, já que é um material fotoativado (ativado pela luz), porém, também possui um alto custo. Por fim a resina Filtek Z 250 XT cor A1 da 3M® foi escolhida de acordo com a cor do dente a ser restaurado, se trata de um material de fácil manuseio e com tempo de presa prolongado quando não há presença de luz, isso facilita esculpir a anatomia dental desejada, entretanto, é um material que pode haver alteração na cor com o passar do tempo.

A aplicação do selante é recomendada para prevenir ou para uma lesão de cárie. Este é usado em crianças com alto risco de cáries, pois os dentes decíduos e permanentes contêm fósulas e fissuras que acumulam biofilme. Para isto, o selante

ionomérico têm se mostrado melhor que o resinoso, ele tem propriedade de liberação de flúor e não é necessário ataque ácido (GUEDES PINTO et al., 2016).

Em concordância com Guedes Pinto et al., (2016), há alguns critérios de seleção que devemos considerar para selar a superfície oclusal, já que a intenção é usá-lo como medida preventiva. É considerado o tipo de dente, pela anatomia oclusal, geralmente o segundo molar decíduo e os primeiros e segundos molares permanentes. O estágio de erupção, porque ele estará mais susceptível à cárie no início de sua erupção. O risco de cárie, para isso é observado o histórico de cáries anteriores e se ainda é possível desenvolver lesões futuras.

Figura 10- Imagem radiográfica do elemento 75 segundo molar inferior esquerdo (A), situação inicial do elemento 75 (B), elemento 75 restaurado definitivamente (C).



Fonte: Arquivo pessoal da Autora (2019)

Na quinta sessão, restauramos o elemento 55, havia uma lesão de cárie inativa com cavitação. Seguindo todo o protocolo restaurador que já foram citados acima. Foi feita a remoção da cárie, isolamento absoluto, aplicação do adesivo Single Bond Universal 3M® e a reconstrução anatômica com resina Filtek Z 250 XT cor A1 da 3M. Também foi aplicado selante ionomérico Ionoseal no elemento 26.

Na sexta e última sessão do atendimento fiz novamente evidenciação de biofilme com fucsina para vermos se havia melhorado a escovação. Foi notória a melhora na sua higienização e também no comportamento da paciente, que agora estava mais descontraída e muito mais colaborativa. Fizemos a profilaxia com pasta profilática, taça de borracha e “escova de Robinson”. Selamos os elementos restantes (16 e 46) com cimento ionômero de vidro, pois, de acordo com Pupo et al., (2015) é viável usar este tipo de selante pelo poder de liberação de flúor quando em contato com a água e também são biocompatíveis e estéticos.

O estado da saúde bucal da criança irá interferir em sua qualidade de vida, tanto pode ser positivo ou negativo. Para Fiuza et al., (2016), é necessário um conhecimento do perfil psicossocial do paciente e de sua família, por isso a abordagem odontológica no paciente infantil, devem atuar em todos os níveis de prevenção, como a prevenção de doenças e na recuperação.

O dentista é o grande responsável por orientar a família e estimular para que mudem seus hábitos. Visto que a criança é influenciada pelos que convivem, no caso da minha paciente a mãe e a irmã mais nova. Além de termos instruído a paciente e sua mãe na segunda fase (adequação do paciente), onde foi momento ideal, ao finalizar esta terceira fase foi reforçada novamente a importância da escovação e da alimentação.

Segundo a mãe, ela já estava modificando a alimentação de suas filhas, disse que está conseguindo evitar as guloseimas entre as refeições e que conseguiu tirar as bolachas recheadas e relatou também que a criança estava motivada e escovando os dentes e usando o fio dental todos os dias, pelo menos duas vezes ao dia. Com isto o prognóstico é favorável à condição da minha paciente.

Na quarta fase inicia-se a fase preventiva ou de manutenção do paciente, que para Guedes Pinto et al., (2016) a finalidade é analisar novamente a paciente evitando o aparecimento de novas lesões de cárie, analisar a saúde periodontal e maloclusões. É importante que sejam feitos acompanhamentos radiográficos também. As quantidades de visitas vão ser determinadas de acordo com as atividades de cáries, com a higienização e motivação da paciente e dos responsáveis em manter os novos hábitos de higiene oral e alimentação.

Optamos por fazer todo o exame ortodôntico da paciente após concluirmos todas as etapas do tratamento, já que se tratava de um período curto para realizarmos todos os procedimentos e que seria de extrema importância na saúde bucal da paciente. A paciente será chamada no próximo período para dar continuidade ao tratamento.

De acordo com Duque et al., (2013) a elaboração do plano de tratamento em Odontopediatria é antecedida pela anamnese, exame clínico e radiográficos bem feitos. A partir deste conjunto de informações é que se definirão as necessidades do tratamento da criança ou adolescente.

Diante do exposto, pode-se observar o quanto é importante o planejamento adequado, dessa maneira o profissional vai estabelecer uma sequência e segui-la, possibilitando um tratamento com previsão de horários e quantidade de sessões, o que evitará surpresas e improvisos.

2.4 Aluna Júlia Ferreira Tomaz

Sou Júlia Ferreira Tomaz, tenho 22 anos, natural de Lavras-MG e residente em Santo Antônio do Amparo-MG. A Odontologia para mim sempre foi um sonho, pois, sempre me vi atuando na área da saúde e poder transformar sorrisos é muito gratificante. Quando estava no 3º ano do Ensino Médio, fiz minha inscrição para o vestibular de Odontologia do Unilavras, conversando com meus pais, chegamos à conclusão de que não teríamos condições financeiras. Muito triste fiz a inscrição para fisioterapia, minha mãe não suportou a tristeza em meus olhos e disse que faria de tudo para que meu sonho se realizasse. Então refiz minha inscrição para Odontologia.

Chegar até aqui não foi fácil, passei por dificuldades, por uma grave depressão, onde quis desistir, mas Graças a Deus, aos meus pais, familiares, médicos, professores e amigos, não me deixaram desistir. Foi um momento no qual tive grandes aprendizados, vi quem realmente se importa comigo, o quanto temos que dar valor à vida, tentar sempre seguir em frente e nunca desistir dos nossos sonhos, por mais que pareçam impossíveis.

Atualmente estou muito bem e realizada com o curso que escolhi e ainda é gratificante saber que poderei ajudar o próximo, muitas das vezes não só transformar sorrisos, mas vidas.

São de grande importância para todos nós, profissionais da Odontologia, compreendermos os princípios de conduta clínica e psicológica das crianças.

Odontopediatria é uma especialidade odontológica dedicada aos cuidados pediátricos e se depara com muitos desafios psicológicos. Envolve diferentes níveis de atenção em saúde e é marcada por uma complexidade de dinâmicas relacionais. As práticas odontopediátricas podem ocorrer em consultórios, universidades, serviços de saúde variados, entre outros exemplos. A perspectiva mais arrojada da área busca não apenas tratar doenças, mas prevenir patologias e promover a saúde de maneira ampla (GUEDES PINTO et al., 2016).

Corroborado com Duque et al., (2013) a saúde bucal com a saúde geral são fatores que influenciam na qualidade de vida do indivíduo. A cárie dental é o maior problema de saúde bucal, pois, ela causa problemas na função mastigatória que acaba levando o paciente a buscar alimentos que não exijam tanto de sua mastigação e como efeito isso causará danos a sua nutrição. A estética também é um fato de muita importância, visto que poderá causar constrangimento e afetar a área social e psicológica da criança.

Em concordância com Pordeus e Paiva (2014), a cárie irá interferir não só na mastigação e na nutrição da criança, mas também na fala, na disposição em brincar com outras crianças por estar sentido dor. O comprometimento estético pode ser afetado não só pela cárie, mas também por traumatismo dental e maloclusão fazendo com que a criança fique constrangida ao rir e falar, afetando sua vida social.

Os pais são responsáveis por cuidar da saúde e higiene de seus filhos, consequentemente são responsáveis pelo seu bem-estar físico e mental. Em alguns casos os pais precisam faltar ao emprego para levar o filho ao dentista, isto pode ser responsável por conflitos na família e dificuldades financeiras. Para a criança os problemas bucais podem levar a faltar escola por dor em função da cárie, que causam dificuldade em concentrar e atrapalhar seu rendimento como aluno (PORDEUS e PAIVA, 2014).

Segundo Guedes Pinto et al., (2016), o conhecimento de Psicologia é um relevante objeto de estudo para o Cirurgião-Dentista que lida com crianças, pois alguns

princípios auxiliam no entendimento das reações antes e durante o tratamento dentário, bem como na orientação e abordagem dos pais.

Quando tratamos de psicologia na Odontopediatria é preciso ter conhecimento do desenvolvimento somático (fala) e emocional (hábitos sociais, adaptações e personalidade), a partir dessas informações possa ter um bom relacionamento durante o tratamento, podendo deixá-lo mais fácil e positivo (GUEDES PINTO et al., 2016).

Para que haja um bom tratamento odontopediátrico é preciso que o profissional ame as crianças, tenha o prazer de tê-las por perto, paciência, persuasão, expressão de autoridade, aptidão e capacidade de manter o diálogo com o paciente. Ao conhecer uma criança o profissional deve se apresentar o mais natural possível, pois assim o indivíduo conhecerá a real personalidade de quem irá lhe atender (GUEDES PINTO, et al., 2016).

De acordo com o autor Guedes Pinto et al., (2016), é importante manter um tom de voz tranquilo, que pode estar associado a palavras de carinho, solicitação, ordem ou determinação. Mesmo quando está contendo uma criança, o tom de voz deve ser firme, mas tranquilo. Gritar ou hostilizá-la é contraindicado, pois não se obtém colaboração dessa forma, e a criança ainda pode se assustar.

É de grande importância a segurança profissional, pois, assim ele terá uma boa ligação com o paciente e conduzirá o tratamento de maneira satisfatória, lembrando que um profissional seguro ele transmite tranquilidade e grande dominação pela área. A segurança é um ponto muito importante também para os responsáveis, já que saberá que estão lidando com profissionais capacitados e qualificados, segundo o autor Guedes Pinto et al., (2016).

Guedes Pinto et al., (2016) salientou que a habilidade e rapidez também são pontos essenciais na Odontopediatria, dado que há possibilidade de a criança ir menos vezes ao consultório e conseqüentemente, sofrer menos anestésias, deixando-a menos traumatizada.

Por isso, vale ressaltar também a ordem e o cuidado com o instrumental, manter-se bem organizado ajudará até no rendimento e também diminuirá a fadiga de ficar procurando instrumentais. Outro aspecto que vale ser lembrado é manter a mesa

clínica montada atrás do paciente para que evite desencadear curiosidade desnecessária, e também não se assuste com algodão e gaze sujos de sangue deixando-os traumatizados. Caso haja curiosidade de algum instrumental, pode-se mostrar a criança.

Há diversos tipos de profissionais que poderão atender crianças, Baussells et al., (2011) explicou que o Cirurgião-Dentista que é clínico geral comumente não está muito bem preparado do ponto de vista técnico e psicológico. O “especialista” escolhe a especialidade não por ter prazer em trabalhar com crianças, mas pelo seu local de trabalho que não tem especialista nessa área, com isso acaba não conseguindo atender crianças de difícil comportamento. O profissional medroso pode potencializar o medo da criança e não conseguir terminar o tratamento por passar insegurança e ser indeciso nos procedimentos. O paternal, este confunde a criança, pois, agrada excessivamente, pega no colo, por isso a criança pode recusar o tratamento. O sentimental, este também deixa a criança confusa, porque ele se envolve emocionalmente nos problemas do seu paciente e sofre por ele. O profissional “palhaço” é aquele que brinca o tempo todo para conquistar a criança e quando o procedimento exige seriedade por parte dele a criança tende a não respeitar. O machão, mal-humorado e cruel não liga muito para o aspecto psicológico da criança negligenciando-a como um ser com sentimentos. E por fim, o profissional enganador, este geralmente ganha muito dinheiro e quase não realiza procedimentos e quando o caso se mostra mais complicado ele encaminha para outro colega de profissão.

Para Guedes Pinto et al., (2016) todo odontopediatra deve conhecer as linhas gerais do desenvolvimento físico e emocional da criança para determinada idade. Ninguém é obrigado a dominar as características completas de cada faixa etária.

— Do nascimento, sempre é útil levantar dados do passado da criança, influências hereditárias, gestação, do parto, e união entre mãe e filho.

— Do nascimento aos 3 anos, nessa faixa etária, legal conhecer alguns dados de desenvolvimento neuromotor, como andar, falar, pegar objetos, além disso, os aspectos psicológicos.

— Do período pré-escolar, domínio da linguagem, inclusive do faz de conta, habilidade motora, testando seus limites, e lembrando que a imobilidade em uma

cadeira é quase insuportável, vale ressaltar que é importante separar a inquietude normal de uma criança com muito medo.

— Dos 6 aos 10 anos, nessa faixa a criança treina seu pensamento, criando histórias e situações que misturam a realidade e fantasia.

— A partir dos 10 anos, de acordo com o modo de vida é importante que o profissional pesquise qual é a atitude do paciente com relação ao seu corpo, para perceber até onde pode ajudar ou atrapalhar.

Diferentemente de outras áreas odontológicas, esta especialidade é muito completa no que se refere a amplitude de procedimentos realizados, constituindo uma clínica integrada no paciente infantil. A criança, no que lhe concerne, exige esforços no sentido de ser convencida da necessidade do atendimento e preparada para efetivamente receber de forma cooperadora o tratamento recomendado no planejamento executado pelo dentista. Além desses esforços, há uma necessidade que antecede a esse paciente, que é justamente a de se relacionar com os responsáveis pela criança, já que os objetivos de todas as partes (profissional, pais e criança) parecem ser os mesmos: bem-estar, sucesso no comportamento durante a execução dos procedimentos e principalmente o alcance da saúde integral (GUEDES PINTO et al., 2016).

A chance de encontrarmos pais inseguros são muito grandes e muitas vezes não cooperativos, mas também há a possibilidade de lidarmos com pais compreensivos, no qual a probabilidade de termos um bom tratamento é muito grande.

O tratamento odontológico, para muitos pacientes lembram a palavra dor, então é de suma importância trazer para a criança, o conforto e à ausência de dor (Guedes Pinto, et al., 2016).

Para tratarmos de uma criança que não é muito colaborativa, contamos com a ajuda dos pais ou responsáveis, que muitas vezes sentem desconfortáveis em relação ao conter movimentos, isso pode ocorrer porque não veem o tratamento como algo necessário.

É muito importante que o profissional faça a escolha adequada da técnica a ser abordada para a melhor escolha do recurso para atender a criança, são elas: linguística, física e farmacológica.

A técnica linguística é muito importante, conhecer a criança e ela nos conhecer é o primeiro passo para um bom relacionamento, é legal que a primeira consulta fique para esse processo, para haja uma interação.

O reforço positivo utilizado com o intuito de aprimorar o comportamento cooperativo do paciente é aplicado através do controle da voz e elogios. Imprescindível para construir a confiança desejada entre o paciente e o profissional bem como sua equipe, a técnica diga-mostre-faça é amplamente empregada (Noronha, 2002). É aplicada através de explicações acerca dos procedimentos a serem realizados, sempre respeitando o nível de desenvolvimento da criança. São realizadas demonstrações táteis e visuais e então a consumação do procedimento.

Segundo Duque et al., (2013) o contato físico pode ser utilizado quando o paciente não consegue ficar quieto, não tem maturidade ou tem retardo mental, ou quando as outras técnicas de controle já falharam. A partir disso conversamos com os pais ou responsáveis que precisaremos da colaboração deles para nos auxiliarem no atendimento, a finalidade é proteger o dentista e o paciente, limitando os movimentos da criança, de forma total ou parcial, evitando lesões.

Quando falamos de uma intervenção farmacológica se faz necessária quando o paciente é incapaz de cooperar com o atendimento, por limitações físicas, mentais, médicas e se as formas de contenção tenham sido fracassadas. Nessa intervenção é utilizada a sedação consciente a base de óxido nitroso, este procedimento tem como objetivo elevar o limiar de dor a patamares superiores para proporcionar bem-estar e controle do comportamento do paciente, tendo uma resposta boa psicológica positiva ao tratamento.

O óxido nitroso (N_2O), que também é conhecido como gás hilariante, gás do riso, dióxido de nitrogênio ou protóxido de azoto, é um gás incolor, não irritante e de baixa solubilidade. Descoberto pelo químico inglês Joseph Priestley (1733 – 1804), que foi o primeiro a identificá-lo e isolá-lo, desconhecendo as propriedades analgésicas desse gás e sem imaginar a importância que o N_2O teria na Medicina futuramente. Vem sendo utilizado há mais de 150 anos para o controle da ansiedade e da dor. Foi o Cirurgião-Dentista Horace Wells (1815 – 1848) que, em 1844, descobriu suas

propriedades anestésicas e aperfeiçoou sua técnica de uso. Durante décadas, tem sido amplamente utilizado em Odontologia, com um excelente histórico de segurança.

No Brasil, os cursos de Odontologia não habilitam o egresso para este fim. Este procedimento está reservado à categoria médica (Klatchoian, 2002), ainda que esteja regulamentada a habilitação de cirurgiões-dentistas para a aplicação de sedação consciente em procedimentos odontológicos (Conselho Federal de Odontologia [CFO], 2012).

Portanto, é muito importante investirmos na conscientização dos pais em relação à importância do tratamento dentário desde bebê, para que eles possam investir na saúde bucal dos seus filhos, podendo evitar problemas futuros e também proporcionar uma boa relação da criança com o Odontopediatria.

3 AUTOAVALIAÇÃO

3.1 Aluna Camila da Silva Martins

Chegar até aqui não foi fácil, tive obstáculos acreditei que não fossem ser superados, tive medos de que pareciam que não fossem passar. Tive Deus olhando por mim, muita felicidade, aprendizado, convivência com pessoas que quero levar para a vida inteira. As amigas aqui construídas durante esses anos tiveram um papel imensurável na minha vida, meu namorado sempre esteve presente durante esses anos me dando toda a força que eu precisava, e quando temos pessoas te apoiando tudo se facilita. Não tenho palavras para descrever o a minha família e o que significam para mim e tudo que fizeram.

Olhar para trás e poder ter a sensação de dever cumprido pelo que fiz durante a minha graduação e por chegar até aqui, não tem palavras que consiga explicar, e olhar para o meu futuro sabendo que posso fazer o bem para muitas pessoas e que posso fazê-las sorrir é gratificante.

Todos os meus pacientes que passaram por mim durante a graduação me fizeram crescer, me fizeram aprender, me tornou uma pessoa melhor. Pois, quando lidamos com várias classes sociais, diferentes crenças, culturas, abriam horizontes para diferentes situações e aprendizados.

3.2 Aluna Caroline Faria Militani

Ao me ingressar na faculdade, há seis anos, tive muita dificuldade de adaptação por ser totalmente diferente do vivenciado no Ensino Médio. Aos poucos fui me adaptando e conseguindo me encontrar e ter a certeza que o curso de Odontologia era realmente o que eu queria.

Passou-se o primeiro período, e então fomos para o segundo, mas eu não sabia que a grande mudança na minha vida estaria por vir, ou melhor, já estava no meu ventre. Passaram algumas semanas de aula e descobri que estava grávida na semana de prova e foi um desastre, eu não sabia o que fazer, pensava que era o fim do mundo, que não conseguiria me formar. O grande sonho da minha vida estava escorregando de minhas mãos e eu não conseguia fazer nada, apenas chorar. Escondi a gravidez de todos por semanas, por vergonha, desespero e medo de meus pais, por pensar que estava frustrando-os por engravidar “na hora errada”. Quando tive que contar e foi o pior dia da minha vida, o olhar de decepção de meus pais me machucou muito, e ali por diante a convivência em casa estava cada vez mais difícil, mas eu já tinha decidido que não desistiria do meu sonho. Alguns dias após todos começaram a perceber a barriguinha, enjoos frequentes e tive que contar e foi um susto.

O tempo foi passando, a barriga crescendo, situação familiar melhorando e período acabou, infelizmente os meus dias com a turma que eu entrei no curso de Odontologia do Unilavras estavam contados. Eu, minha família e o Coordenador Douglas, achamos melhor eu fazer apenas duas matérias (Metodologia da Pesquisa — EAD e Farmacologia), e não cursar as matérias referentes ao quadro curricular do terceiro período.

Então, 2016/1 estava ali, e eu já sentia que seria o ano mais emocionante da minha vida. Voltei a morar em Nepomuceno-MG com meus pais e minhas irmãs. Eles revezavam para me levar toda semana a Lavras para ter duas aulas semanais de Farmacologia, na qual seria a última matéria com a minha turma era muito triste pensar que não estaria mais ali todos os dias, mas enfim, tentei aproveitar ao máximo, conforme os dias iam passando minha barriga ficava cada vez maior e o medo aumentava, por não saber como conseguir lidar faculdade — filho.

Próximo do final da minha gestação teria uma prova de Farmacologia com o Professor Bruno no dia 22/03, que seria uma terça-feira. Então resolvi ir para Lavras na segunda e estudar, ficaria em Lavras até fazer a prova. Na segunda mesmo, ainda na parte da manhã minha bolsa estourou e fui correndo para o consultório médico, e realmente o Rafael estava por vir e veio, eu não sabia que um serzinho tão pequeno pode mudar a vida de uma menina de cabeça para baixo e me tornar uma mulher — mãe tão realizada como sou hoje.

Após o nascimento fiquei afastada por um mês da faculdade, não vou falar que foi fácil, porque não foi. Mas consegui concluir as matérias que estava cursando. Fiz mais duas matérias que estava devendo no 2016/2, para que assim voltasse a cursar as matérias corretas do terceiro período.

Entrei em uma turma que não conhecia ninguém, tinha medo de não conseguir me enturmar, mas aos poucos fui conhecendo as pessoas e fazendo amizade.

Continuei morando em Nepomuceno MG, indo e voltando todos os dias, muitas noites mal dormidas, saía de madrugada e não tinha hora para chegar em casa, às vezes me batia um desespero ensurdecedor, vontade de desistir de tudo por não estar dando atenção o bastante para meu filho. Normalmente me via a beira de um colapso psicológico, por juntar cansaço extremo, falta de tempo e por não estar junto de meu filho e perdendo a primeiras palavras, os primeiros passos. Minha família e amigos me ajudaram bastante tentando fazer com que eu não desistisse do meu sonho e sou eternamente grata a eles.

Hoje eu me vejo uma pessoa feliz e realizada com o curso, que deu duro o bastante para conseguir chegar até aqui. O Rafael me fez ser uma pessoa melhor, mais dedicada, madura e hoje eu quero me formar e ser o orgulho dele.

Mediante todos os esforços e apesar de tudo, me dediquei à faculdade, e com o passar do tempo me via evoluindo gradualmente, adquirindo conhecimentos e práticas, me identificando com umas matérias outras não. Hoje, no último ano do curso de Odontologia, não me vejo uma Cirurgiã-Dentista por completa, mas sim uma que quer correr atrás de mais e mais estudos.

O caso apresentado, me mostrou que nos cirurgiões dentistas devemos ser mais empáticos com a situação do Brasil, a saúde bucal das crianças e adolescentes hoje em dia andam cada vez pior, e estamos regredindo ao em vez de evoluirmos.

3.3 Aluna Fabiana Silva Carvalho

A Odontologia é uma profissão, sem dúvidas, muito gratificante. Olhar para trás, ver quantas pessoas ajudei pelo menos um pouquinho a ter sua autoestima novamente, não tem preço.

Durante minha graduação a caminhada não foi fácil, tive que conciliar os estudos com trabalho, fazer tudo durante a semana para trabalhar aos fins de semana, na maioria das vezes só me restava o domingo para ficar com a minha família e descansar. Há pouco tempo, fui diagnosticada com uma lesão no ombro pelos movimentos repetitivos que fazia. Segundo o médico, se eu não parasse de trabalhar e me cuidasse agora, iria com certeza comprometer minha futura profissão. Não foi fácil tomar esta decisão, desapegar das minhas clientes, que eu considero muito, e da rotina que era cansativa, mas ainda assim me fazia bem, mas minha saúde estava em jogo. Foi um desafio chegar até aqui, mas hoje eu tenho orgulho de tudo que passei. Principalmente por não ter desistido.

O que me fortaleceu mais ainda nesta jornada foram as amizades que eu conquistei e quero levar comigo para a vida. Os professores, com toda paciência e sabedoria também me ajudaram no meu crescimento. Aos meus pacientes que me ensinaram a ter um olhar de mais compaixão para com as pessoas. Por último, mas não menos importante, minha família, que sempre me apoiou e foram indispensáveis para que eu chegasse até aqui.

3.4 Aluna Júlia Ferreira Tomaz

Medo, angústia, desespero, insegurança foram meus companheiros durante esses cinco anos de faculdade, mas sem dúvidas foram eles que me deixaram mais forte e fizeram chegar com que chegasse até aqui.

Durante a graduação me deparei com uma grave depressão, a qual consegui esconder por muitos meses, até que um dia resolvi contar para minha mãe que não aguentava mais, assim meus pais me levaram a vários médicos. Consegui conciliar a faculdade e o tratamento por um tempo, até que surtei e falei que iria embora

e nunca mais voltaria naquele lugar. Mudei de psiquiatra a qual me ajudou muito e resolveu que eu afastasse da faculdade por alguns meses. Nesses meses fui embora para ficar com meus pais, e nesse período eu recebi muito apoio dos meus colegas de sala, professores e coordenação, a qual foi de suma importância para eu ver que não estava sozinha.

Venci esses meses em casa e retornei para Lavras, tenho pais muito presentes em minha vida, sempre lutaram para me oferecer o melhor, arrendaram um apartamento para que eu morasse com uma amiga e me sentisse melhor e mais próxima de pessoas que gostavam de passar o tempo comigo. Fabiana foi a que mais me identifiquei para que pudesse vencer comigo os últimos anos de curso e pudesse me dar todo apoio que precisasse. Uma irmã que eu não tinha e ganhei.

Hoje me sinto uma pessoa vencedora, graças a Deus, meus pais, familiares, amigos, professores, e principalmente aos pacientes que colaboram tanto e que também me ensinaram.

Escolhi uma profissão muito bonita e que colaborou muito para o meu crescimento, e quero sempre levar o sorriso para todos.

4 CONCLUSÃO

Hoje conseguimos encerrar mais um ciclo e começar outro, o dia de poder levar transformações às pessoas, de poder ser um profissional humano, devolver sorrisos, fazer valer a pena cada aprendizado de nossos mestres, com respeito e muito amor.

Durante os anos da graduação, nós aprendemos a tratar o paciente muito além da sua saúde bucal, mas também sua saúde mental, autoestima e persistimos sempre em motivá-los a cuidar de si mesmo.

Aprendemos a sermos pessoas melhores, mais atenciosas mesmo com obstáculos, pois, são eles que nos fazem crescer e serem pessoas melhores. Hoje, estamos aqui fechando esta etapa sendo pessoas melhores do que quando começamos e dispostas a aceitar tudo que virá daqui para frente para nos tornarem seres humanos que tratam pessoas como um todo. Nossa maior caminhada começa agora!

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

BAUSELLS, João. **Interação odontopediátrica -Uma Visão Multidisciplinar/** João Bausells , Sosígenes Victor Benfatti, Maristela Honório Cayetano. - São Paulo: Santos,2011. 364p: il.

CALDEIRA, Maria da Glória. Perfil familiar e incidência de cárie dentária em crianças de zero a cinco anos 2017.

CARDOSO, Regina Socorro Caldas Barros; SIQUEIRA, Thomaz Décio Abdalla. PERDA PRECOCE DA DENTIÇÃO DECÍDUA: ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DAS MÃES DE CRIANÇAS DE 06 Á 12 ANOS DA ESCOLA MUNICIPAL MARIA FERNANDES, MANAUS-AM. **BIUS - Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia**, v. 9, n. 1, p. 40-57, 2018.

DA SILVA, PRISCILLA DALLA COSTA et al. Cárie precoce da infância, qualidade de vida e tratamento: revisão de literatura. **Revista Uningá Review**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 86- 89, out-dez 2015.

DE ATAÍDE VIEIRA, Patrícia Lorrane Rodrigues; FREITAS, Maria Cecilia Martínez Amaro. A CRIANÇA E O DESENVOLVIMENTO DA AUTOESTIMA. **REVISTA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E INOVAÇÃO**, v. 2, n. 1, p. 108-119, 2017.

DOMINGOS, Patricia Aleixo dos Santos; RICCI-DONATO, Hérica Adad; RUSSI, Ana Karla Ferreira Decaro. Riscos de uso do fluído sistêmico: revisão de literatura. **Revista de Pesquisa em Odontologia** , [S.l], v. 6, n. 4, p. 86-90, set. 2018.

DOS PASSOS, Clóvis Dias. PROMOÇÃO DA PREVENÇÃO DA CÁRIE DENTÁRIA NA EDUCAÇÃO INFANTIL. **Unificada: Revista Multidisciplinar da FAUESP**, v. 2, n. 1, p. 49-71, 2020.

DUQUE, Cristiane. **Odontopediatria - Uma Visão Contemporânea**. 1 ed. São Paulo: Santos, 2013.

FERREIRA, Henrique Alberto Cunha Mendes; OLIVEIRA, Arlete Maria Gomes. Ansiedade entre crianças e seus responsáveis perante o atendimento odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 29, n. 1, p. 6-17, 2017.

FIUZA, Nivia et al. Planejamento e plano de tratamento em Odontopediatria: relato de caso clínico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo v. 29, n. 1, p. 81-89, jan-abr 2017.

GADELHA, Kaiza de Sousa Santos Marcelo; VASCONCELOS, Vasconcelos Rodrigo Gadelha. FLÚOR: MECANISMO DE AÇÃO E PRESCRIÇÃO TERA PÊUTICA PARA DIFERENTES SITUAÇÕES CLÍNICAS. **Scientific-Clinical Odontology**, Recife, v. 59082, p. 120, jan-mar 2019.

GUEDES-PINTO, Antônio Carlos. Nesta oitava edição estamos comemorando a maioria de nosso livro [Prefácio]. **Odontopediatria**[S.l: s.n.], 2010.

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

- JARDIM, Juliana Jobim; SIMONETTI, Miriam Nunes Doedge; MALTZ, Marisa. Remoção parcial de tecido cariado em dentes permanentes: seis anos de acompanhamento. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 20, n. 1, 2015.
- LADWIG, Victor de Miranda et al. Sedação consciente com óxido nitroso na clínica odontopediátrica. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v. 15, n. 2, p. 91-96, 2016.
- Martins, P.I.A.P. S. **Abeno 20 - Odontopediatria**. 1 ed. São Paulo: Artes médicas, 2014.
- MESQUITA, Fernanda Andrea Roesse. **Avaliação in vitro da capacidade de selamento de diferentes materiais usados como barreiras intra-coronal**. 2016. Tese de Doutorado.
- NEWMAN, Michel. G. **Carranza Periodontia Clínica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- NOOCHI, Ewerton Conceição. **Dentística: saúde e estética**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- NOVAES, Laércio de Paula. **Cárie dentária na primeira infância**. 2017. 36 p. Monografia (Bacharel) – Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, 2017.
- PÉREZ, L.S.; MARTÍNEZ, L.P.S.; FRECHERO, N.M.; CAMACHO, M.E.I.; MOCTEZUMA, P.A. Riesgo a caries. Diagnóstico y sugerencias de tratamiento. **Revista ADM**, v. 75, n. 6, p. 340-349, enero/octubre, 2018.
- PINTO, Antonio Carlos Guedes. **Odontopediatria**. 9. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2017.
- PUPO, Yasmine Mendes et al. Avaliação da liberação de flúor e da capacidade de recarga em diferentes cimentos de ionômero de vidro. **Rev. odontol. UNESP**, p. 80-84, 2015.
- RIBEIRO, Isabella Lima Arrais et al. Avaliação dos padrões de morfologia e inserção dos freios labiais em pacientes da clínica-escola de odontologia do Centro Universitário de João Pessoa-PB. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 44, n. 5, p. 268-272, 2015.
- ROBERTO, Luana Leal et al. Falta de acesso a informações sobre problemas bucais entre adultos: abordagem baseada no modelo teórico de alfabetização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 823-835, 2018.
- ROCHA, Daniele Pinheiro Accioly et al. A SALIVA NO DIAGNÓSTICO EM ODONTOPEDIATRIA. **Scientific-Clinical Odontology**, v. 17, n. 4, 2018.
- RODRIGUES, Fernanda Valério Tassoni et al. Custo-benefício do ionômero de vidro encapsulado usado como material restaurador para Tratamento Restaurador Atraumático (ART): relato de caso. **ABEC**, v. 35, n. 4, p. 285-288, 2017.
- SIGAUD, Cecília Helena de Siqueira et al. Promoção da higiene bucal em pré-escolares: efeitos de uma intervenção lúdica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 519-525, junho de 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300519&lng=en&nrm=iso>. acesso em 26 de maio de 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0237>.

SILVA, Giselia AP; COSTA, Karla AO; GIUGLIANI, Elsa RJ. Alimentação infantil: além dos aspectos nutricionais. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 92, n. 1, p. S2-S7, mai-jun 2016.

TAKAOKA, Liliana. **Odontopediatria: A Transdisciplinaridade na Saúde Integral da Criança**. 1 ed. Barueri, SP: Manole, 2016.

TONELLI, Stéphanie Quadros et al. Avaliação do impacto de fatores socioeconômicos e acesso aos serviços de saúde bucal na prevalência de cárie dentária em crianças. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 21, n. 2, 2016.

TOSTA, Eliene; FERREIRA Renan Bezerra; VIEIRA Letícia Diniz Santos. **Cárie precoce na infância: decorrente de uma alimentação inadequada**. 2019. 5 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2019.

TOVO, Maximiano Ferreira; FACCIN, Elise Sasso; VIVIAN, Aline Groff. Psicologia e Odontopediatria: contextualização da interdisciplinaridade no Brasil. **Aletheia**, v. 49, n. 2, jul/dez 2016.

TRENTO, Angelo; **Colorações usadas em microbiologia**. 2018. 13 f. Monografia (Especialização). ACT-ACADEMIA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA. São José do Rio Preto, 2019.

吴德 et al. 乳牙深龋的间接牙髓治疗. **West China Journal of Stomatology**, v. 36, n. 4, agosto 2018.

Yu Y, Zhou X, Zheng LW. [Advanced research on root canal therapy for primary teeth]. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*. 2020 Apr 1;38(2):205-210. Chinese. doi: 10.7518/hxkq.2020.02.016. PMID: 32314896; PMCID: PMC7184287.