



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

**ANDRÉIA ALVES ROCHA
CAROLINA NUNES DE SOUSA
MARIA LUIZA MIZAELE VILELA
MAYARA RODARTE
THAYNÁ GABRIELLE PEREIRA**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

LAVRAS - MG

2019

**ANDRÉIA ALVES ROCHA
CAROLINA NUNES DE SOUSA
MARIA LUIZA MIZAELE VILELA
MAYARA RODARTE
THAYNÁ GABRIELLE PEREIRA**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

ORIENTADOR

Prof. Dr. Johnson Campideli Fonseca

LAVRAS – MG

2019

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

P849 Portfólio acadêmico / Andréia Alves Rocha [et al.];
orientação de Johnson Campideli Fonseca. -- Lavras:
Unilavras, 2019.
93 f. : il.

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

1. Dentística. 2. Cirurgia. 3. Ortodontia. I. Souza, Carolina
Nunes de. II. Rodarte, Mayara. III. Vilela, Maria Luiza
Mizael. IV. Pereira, Thayná Gabrielle. V. Fonseca, Johnson
Campideli (Orient.). VI.
Título.



**ANDRÉIA ALVES ROCHA
CAROLINA NUNES DE SOUSA
MARIA LUIZA MIZAELE VILELA
MAYARA RODARTE
THAYNÁ GABRIELLE PEREIRA**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

Aprovado em ___/___/___

PROFESSOR ORIENTADOR
Prof. Dr. Johnson Campideli Fonseca

PROFESSORA CONVIDADA
Profa. Dra. Renata de Carvalho Foureaux

**LAVRAS – MG
2019**

AGRADECIMENTOS

Somos gratas a todos os professores que contribuíram com a nossa trajetória acadêmica, especialmente aos Professores Johnson Campideli Fonseca, José Luiz Rigato e José Norberto de Oliveira Júnior, responsáveis pela orientação na execução dos nossos casos clínicos.

Um agradecimento em nome de todas, aos Professores Renata de Carvalho Foureaux e Johnson Campideli Fonseca, por toda preparação que nos foi passada para realizar este trabalho da melhor forma possível, obrigada por esclarecerem tantas dúvidas e serem tão atenciosos e pacientes.

Agradecemos também a instituição Unilavras, por proporcionar uma estrutura exemplar para que pudéssemos aprender com qualidade e a todos os funcionários que contribuíram para nossa formação.

DEDICATÓRIAS

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, que com sua infinita sabedoria foi um verdadeiro guia nessa minha jornada. À minha mãe, Dirlene Alves Rocha, que se faz presente em todas as minhas conquistas e não mediu esforços para me dar apoio. Ao meu namorado, Henrique Alves Santos, por toda paciência, compreensão, carinho e amor. E à minha irmã, Gabriella Alves Rocha, por todo companheirismo.

Andréia Alves Rocha

Foram anos de amadurecimento e aprendizado. Na faculdade conheci preciosos amigos e grandes mestres que me mostraram a beleza da Odontologia e sua importância na vida das pessoas.

Gratidão a Deus por ter me guiado até aqui. Aos meus pais Sebastião e Adriana, por me ajudarem nos momentos mais difíceis desta jornada, tornando as coisas mais leves e fazendo de tudo para me ver feliz. Às minhas irmãs, Alessandra, Patrícia e Maria Eduarda, pela amizade e companheirismo. Aos meus sobrinhos, Yasmin e Arthur, por terem sido fonte de alegria nesta caminhada. Às minhas tias, Ruth e Luzia, por sempre estarem dispostas a me ajudar. Por fim, e não menos importante, gratidão aos amigos, professores, em especial, ao professor José Luiz Rigato e todos os funcionários do Unilavras que de alguma forma contribuíram para a minha formação. Sou grata por ter encontrado tantas pessoas boas no meu caminho e ter me tornado o que sou hoje. Por isso, meu muito obrigada a cada um de vocês. Esta vitória é nossa!

Carolina Nunes de Sousa

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, que me iluminou e me deu forças para chegar até aqui. Aos meus pais, Ivaní e Ernando, por terem me apoiado em todas as minhas escolhas. Aos meus irmãos, Rafael e Ernando Júnior, por serem minha inspiração e a todos os meus amigos que sempre acreditaram e sonharam junto comigo durante todos esses anos.

Maria Luiza Mizael Vilela

Dedico este trabalho a todos que participaram desta minha trajetória de alguma forma.

A Deus, por ter me abençoado e me dado a oportunidade de frequentar o curso que eu tanto queria; aos meus pais, Marlucia e Airton, pelo apoio me dado e todo sacrifício que passaram por mim; à minha irmã, que também teve que abrir mão de seus objetivos por um determinado tempo até que eu chegasse no meu último ano de faculdade.

E também, a todos professores, funcionários e pacientes do Unilavras, que sem eles nada seria possível.

Mayara Rodarte

Dedico este trabalho a todos que participaram ativamente desta trajetória de lutas e vitórias. A Deus pela oportunidade concedida, pelas bençãos e proteção; aos meus pais, Lucien e Valéria, pelo apoio e esforço contínuo para que tudo fosse possível; ao meu filho, Pietro, que é minha maior inspiração e fonte de forças para ir em busca dos meus sonhos e enfrentar as adversidades; aos meus avós, meu irmão e familiares, por acreditarem em meu sonho e se doarem por inteiro durante toda a trajetória; aos professores pela paciência e ensinamento e; aos pacientes, pela confiança.

Sem vocês, não seria possível chegar até aqui.

Thayná Gabrielle Pereira

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Situação inicial	16
Figura 2 – Exame clínico inicial	16
Figura 3 – Enceramento diagnóstico vista vestibular	17
Figura 4 – Enceramento diagnóstico vista palatina	17
Figura 5 – Moldagem do enceramento com silicone de adição.....	18
Figura 6 – Molde do enceramento para confecção do MOCKUP	18
Figura 7 - Molde e inserção do silicone de adição tipo fluido	19
Figura 8 – Moldagem do enceramento com silicone fluido	19
Figura 9 – Matriz de silicone para mockup	19
Figura 10 – Mockup em posição	20
Figura 11 – Escolha da cor.....	20
Figura 12 – Guia para restauração.....	21
Figura 13 – Teste do guia em boca	21
Figura 14 – Placa oclusal	22
Figura 15 - Remoção esmalte aprismático	22
Figura 16 – Condicionamento ácido	23
Figura 17– Lavagem	23
Figura 18 - Esmalte condicionado	23
Figura 19 – Matriz com resina composta em posição	24
Figura 20 – Confecção da incisal	25
Figura 21 – Restauração final	25
Figura 22 –Radiografia panorâmica	27
Figura 23 -Radiografia periapical	27
Figura 24 - Foto lateral do modelo pronto para ser enviado para confecção do guia cirúrgico.....	28
Figura 25 - Foto frontal do modelo pronto para ser enviado para confecção do guia cirúrgico.....	28
Figuras 26 - Guia cirúrgico.	28
Figura 27 – Guia cirúrgico	29
Figura 28 -Osso granulado Bio-oss.....	30
Figura 29 - Foto da mesa cirúrgica.....	30
Figura 30 - Foto da técnica anestésica alveolar superior posterior.	31
Figura 31 - Foto da técnica anestésica palatino maior.....	31
Figura 32 - Incisão.....	31

Figuras 33 – Descolamento do tecido.....	32
Figura 34 – Descolamento do tecido.....	32
Figura 35 - Guia cirúrgico posicionado.....	32
Figura 36 – Fresa lança	33
Figura 37 – Fresa 2,0	33
Figura 38 – Fresa 2,5	33
Figura 39 – Fresa 3,0	34
Figura 40 - Fresa 3,5.....	34
Figura 41 – Fresa 4,0	34
Figura 42 – Foto ilustrativa demonstrando a técnica utilizada no caso clínico.	35
Figura 43 - Foto, elevação do assoalho do seio maxilar com uso de osteotomo.	36
Figura 44 - Osso granulado bioOss hidratado com soro fisiológico para facilitar a manipulação até o alvéolo.....	37
Figura 45 – Enxerto ósseo sendo realizado com osso granulado bio oss.....	37
Figura 46 - Enxerto ósseo sendo realizado com osso granulado bio oss.	37
Figura 47 - Alvéolo preparado para instalação do implante.	38
Figura 48 – Implante e instalação com chave digital.....	38
Figura 49 – Implante e instalação com chave digital.....	39
Figuras 50 – Implante instalado	39
Figura 51 - Implante instalado	39
Figura 52 - Sutura	40
Figura 53 - Radiografia periapical feita pela aluna Carolina Nunes De Sousa no pós operatório imediato.....	40
Figura 54 – Radiografia panorâmica	41
Figura 55 - Imagem do modelo onde foi confeccionado o Guia Cirúrgico.....	42
Figura 56 – Mesa clínica montada para procedimento cirúrgico.	44
Figura 57 – Guia cirúrgico em posição.....	44
Figura 58 – Aspecto clínico	45
Figura 59 – Técnicas anestésicas	45
Figura 60 - Incisão.....	46
Figura 61 – Descolamento do tecido	46
Figura 62 – Perfuração com a fresa lança	47
Figura 63 – Continuação da perfuração com as outras fresas	47
Figura 65 - Paralelizador	48
Figuras 66 - Implante aclopado à chave digital	48
Figuras 67 - Implante aclopado à chave digital	49
Figura 68 - Torquímetro	49
Figura 69 – Implante instalado	50

Figuras 70 – Tapa implante.....	50
Figuras 71 – Tapa implante.....	51
Figura 72 - Sutura	51
Figura 73 – Estado inicial do paciente.....	53
Figuras 75 - Aplicação da mistura química do agente clareador da Whitniss 35%. .	55
Figura 76 - Aspiração do material após o tempo de ação.	55
Figura 77 – Materiais e instrumentais utilizados.....	56
Figura 78 – Materiais utilizados.....	56
Figura 79 - Resultado após a primeira sessão do clareamento de consultório	56
Figura 80 - Acréscimo de barreira fotoativada (Opaldam – Ultradent)	57
Figura 81- Silicone de Adição utilizado para confecção do mockup.....	58
Figura 82 – Mockup realizado	59
Figura 83 – Paciente com Mockup.....	59
Figura 84 – Resinas usadas nas restaurações	60
Figura 85 - Remoção das facetas de resina composta	61
Figura 86 - Aplicação da resina body na matriz	63
Figuras 87 – Inserção da matriz e remoção dos excessos de resina composta, em especial nas proximais.	63
Figura 88 - Face palatina pronta.	63
Figura 89 – Resultado final.....	64
Figura 90 – Imagem após tratamento realizado	64
Figura 91 – Foto do Typodont.	66
Figura 92 – Fotografias iniciais do paciente – frontal sorriso e perfil.....	67
Figura 93 – Foto intra-oral frontal (inicial).....	68
Figura 94 – Foto intra-oral lateral direita.	68
Figura 95 – Foto intra-oral lateral esquerda.	69
Figura 96 – Foto intra-oral oclusal superior (inicial) mostrando boa forma de arco...69	69
Figura 97 – Foto intra-oral oclusal inferior mostrando diastemas nos dentes anteriores e boa forma do arco.....	69
Figura 98 – Foto da Radiografia Panorâmica.....	71
Figura 99 – Foto da Telerradiografia (inicial).....	71
Figura 100 - Foto do traçado cefalométrico (inicial).	72
Figura 101 – Modelo de Gesso do paciente mostrando mordida cruzada anterior ...	72
Figura 102 – Foto intra-oral frontal.....	74
Figura 103 – Foto intra-oral lateral direita.	74
Figura 104 – Foto intra-oral lateral esquerda.	74
Figura 105 – Foto intra-oral oclusal superior	75
Figura 106 – Foto intra-oral oclusal inferior.....	75

Figura 107 – Foto intra-oral frontal.....	75
Figura 108 – Foto intra-oral lateral direita.	76
Figura 109 – Foto intra-oral lateral esquerda.	76
Figura 110 – Foto intra-oral frontal. (evolução arco redondo)	76
Figura 111 – Foto intra-oral lateral direita (evolução arco redondo).....	77
Figura 112 – Foto intra-oral lateral esquerda (evolução arco redondo).....	77
Figura 113 – Foto intra-oral frontal. (evolução arco retangular)	77
Figura 114 – Foto intra-oral lateral direita (evolução arco retangular).....	77
Figura 115 – Foto intra-oral lateral esquerda (evolução arco retangular).....	78
Figura 116 – Foto intra-oral frontal.....	78
Figura 117 – Foto intra-oral lateral direita	79
Figura 118 – Foto intra-oral lateral esquerda	79
Figura 119 – Foto intra-oral frontal.....	79
Figura 120 - Intra- oral lateral direita	80
Figura 121 - Intra-oral esquerda.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS

ASA – Articulador Semi- ajustável

Cl. III – Classe III

NiTi – níquel / titânio

UNILAVRAS – Centro Universitário de Lavras

SUMÁRIO

SUMÁRIO	12
1 INTRODUÇÃO	13
2 DESENVOLVIMENTO	15
2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Andréia Alves Rocha. ...	15
2.1.1 Atividades desenvolvidas	15
2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas por Carolina Nunes de Sousa.....	26
2.2.1 Atividades desenvolvidas	26
2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas por Maria Luiza Mizael Vilela	40
2.3.1 Atividades desenvolvidas	41
2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Mayara Rodarte.....	52
2.4.1 Atividades desenvolvidas	52
2.5 Apresentação das atividades desenvolvidas por Thayná Gabrielle Pereira	65
2.5.1 Atividades desenvolvidas	66
3 AUTO AVALIAÇÃO	82
3.1 Auto avaliação da aluna Andréia Alves Rocha.....	82
3.2 Auto avaliação da aluna Carolina Nunes de Sousa	82
3.3 Auto avaliação da aluna Maria Luiza Mizael Vilela.....	84
3.4 Auto avaliação da aluna Mayara Rodarte	85
3.5 Auto avaliação da aluna Thayná Gabrielle Pereira	87
4 CONCLUSÃO	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

1 INTRODUÇÃO

O curso de Odontologia do Unilavras tem como finalidade a formação integral do cirurgião-dentista, desenvolvendo suas capacidades para uma prática promocional de saúde embasada no diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças bucais. Seguindo esse propósito, este portfólio constitui-se de casos clínicos vivenciados pelas respectivas alunas, com o objetivo de aliar a teoria à prática, minimizar os medos e anseios e auxiliar o estudante a ingressar no mercado de trabalho de forma mais preparada.

Eu, Andréia Alves Rocha irei descrever um caso clínico realizado na Clínica de Atividades Vocacionais de Dentística sob supervisão do professor Johnson Campideli Fonseca, na qual a paciente se manifestou insatisfeita com a estética do sorriso.

Eu, Carolina Nunes de Sousa, apresentarei neste portfólio, um caso clínico de cirurgia. Paciente se queixava de dor no primeiro molar superior direito e após exames clínicos e radiográficos constatou-se infiltração e destruição do elemento dentário com lesão de furca, sendo indicado para exodontia. Após quatro meses e novos exames clínicos e radiográficos que foram feitos, a opção de tratamento foi a utilização de implante ossointegrado com elevação do assoalho do seio maxilar e enxerto ósseo particulado (BioOss®).

Eu, Maria Luiza Mizael Vilela farei o relato de caso clínico onde uma paciente se queixava muito sobre a perda do elemento dentário 36 a cerca de sete anos e manifestou interesse pela reabilitação através de uma prótese sobre implante. A instalação do mesmo foi realizada durante a disciplina de Atividades Vocacionais de Cirurgia, com o auxílio de Radiografia Panorâmica e confecção de Guia Cirúrgico para planejamento do caso. A confecção da Prótese será efetuada posteriormente, no décimo período, pela aluna nas Atividades Vocacionais de Prótese.

Eu, Mayara Rodarte, relatarei neste portfólio um caso vivenciado na disciplina de Atividades Vocacionais de Dentística escolhida por ela no nono período, orientada pelo professor Johnson Fonseca, onde um paciente jovem estudante da instituição procurou a Clínica Odontológica do UNILAVRAS se queixando da estética de suas facetas de resina composta nos dentes anteriores em questão de cor e anatomia, pedindo para a realização do clareamento e a troca das mesmas, e durante o planejamento, necessitou-se de acréscimo na cúspide do 43 que estava desgastado, voltando assim o guia canino.

Eu, Thayná Gabrielle Pereira, escolhi a área da Ortodontia para relatar um caso clínico de descompensação de Classe III e preparo ortodôntico para realização da cirurgia ortognática de correção de Padrão III, vivenciado na clínica odontológica do Unilavras durante as Atividades Específicas e Vocacionais de Ortodontia, orientada pelo professor José Norberto de Oliveira Junior. Foi motivada a escolher esse caso clínico por associar o mesmo a seu filho que nasceu com má formação congênita (fissura lábio-palatina) e também passa periodicamente por cirurgias corretivas.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Andréia Alves Rocha.

O caso clínico foi desenvolvido por mim, Andréia Alves Rocha, 24 anos de idade, natural de Apucarana, Paraná, na Clínica de Odontologia do Centro Universitário de Lavras, UNILAVRAS, na Atividade Específica de Dentística, orientada pelo professor Johnson Campideli Fonseca.

Durante os quatro primeiros anos de faculdade nos foram apresentadas diversas vertentes da prática odontológica. Porém, o que mais me despertou interesse foram as aulas ministradas pelos professores da disciplina de Dentística.

No nono período, quando nós somos instruídos a escolher uma vocacional para realizar, foi com grande alegria e empolgação que eu optei pela matéria aplicada pelo professor Johnson, na qual houve grande aprendizado e crescimento. E onde pude realizar o caso mais importante da minha graduação, pois além de toda prática odontológica adquirida, pude realizar um sonho de uma pessoa muito importante na minha vida, minha irmã.

2.1.1 Atividades desenvolvidas

Com advento das mídias sociais, a procura pela perfeição e padrões estéticos ideais tem aumentado, e a Odontologia tem acompanhado esse progresso, desenvolvendo novos materiais, técnicas e procedimentos que visam melhor atender os anseios dos pacientes (MARCONDES FILHO; PRADO, 2015).

A aparência está totalmente ligada à autoestima dos indivíduos. Fatores antiestéticos podem ser prejudiciais do ponto de vista social. Sendo o inadequado posicionamento dos dentes, presença de diastemas e variação de cor e forma as principais queixas que motivam o paciente a procurar o consultório odontológico (GOYATÁ et al., 2017).

Este trabalho tem por objetivo discorrer sobre a remodelação estética dos dentes anteriores superiores pela técnica direta com resina composta, de uma paciente jovem que confessou estar descontente com seu sorriso, chegando a se tornar um contratempo na sua vida social.

Paciente do sexo feminino, 15 anos de idade, leucoderma, compareceu à Clínica de Odontologia do UNILAVRAS, na disciplina de vocacionais de Dentística com queixa principal de “dentes pequenos” e desiguais.

Ao exame clínico e radiográfico, observou-se que a paciente apresentava saúde bucal e periodontal satisfatórias (Figura 1).

Figura 1 – Situação inicial



Fonte: Arquivo pessoal

Na inspeção intraoral, foi possível observar uma relação desarmônica entre os dentes anteriores (Figura 2). Apresentando incisivos centrais com reduzida coroa clínica e incisivos laterais assimétricos.

Figura 2 – Exame clínico inicial



Fonte: Arquivo pessoal

Posteriormente ao exame clínico, foi planejada a reanatomização por meio de restaurações diretas com resina composta.

Para tal reparação, pode se fazer uso de restaurações estéticas com resina composta, já que as mesmas possuem as características ideais necessárias para resolução deste caso clínico, e possuindo ainda a vantagem de ser minimamente invasiva, relativo baixo custo, excelente estética e boa longevidade. (CAMPOS et al., 2015).

O planejamento se inicia com a moldagem da paciente das arcadas superior e inferior com silicone de condensação para montagem em articulador semiajustável.

Optamos pelo uso do silicone de condensação pela maior capacidade de cópia, elasticidade, estabilidade dimensional e conforto do paciente, se comparado ao alginato (MESQUITA et al., 2012).

A montagem em articulador é necessária para auxiliar no planejamento e duplicar a oclusão do paciente, reproduzindo assim os possíveis impasses que devem ser corrigidos previamente ao tratamento (PEGORARO et al., 2013).

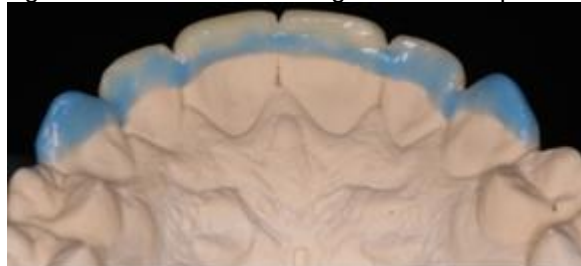
E a partir da montagem dos modelos de gesso em ASA, foi realizado o enceramento (Figuras 3 e 4). Pois o mesmo atua como colaborador ativo no diagnóstico, planejamento e comunicação entre CD e paciente. E nesse momento notamos a necessidade de incluir os caninos superiores nas restaurações visto que após aumentar apenas os elementos 11,12, 21 e 22 o movimento de lateralidade estava sendo interrompido pelo toque dos centrais prematuramente.

Figura 3 – Enceramento diagnóstico vista vestibular



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 4 – Enceramento diagnóstico vista palatina



Fonte: Arquivo pessoal

E, para atingir os padrões de tamanho dos dentes restaurados, foram utilizados os parâmetros de proporções como altura do incisivo lateral aproximadamente 80% da medida cervico-incisal do incisivo central. E a cúspide do canino correspondente a incisal do incisivo central (SILVA; LUND, 2019).

Entender os desejos e anseios do paciente é de suma importância para conquistar a satisfação do mesmo no final do tratamento. E através do enceramento é possível verificar se a comunicação entre o cirurgião-dentista e o paciente está

ocorrendo de forma real, e não só isso como também auxilia no diagnóstico de possíveis alterações provenientes do tratamento possibilitando a resolução do problema antes da mesma se tornar concreta (SILVA, 2016).

Após a aprovação do enceramento diagnóstico pela paciente, optou-se pela realização do mockup, com o intuito de alcançar previsibilidade estética, fonética e funcional do plano de tratamento apresentado. Ele pode ser obtido através de uma matriz de silicone de adição realizada no modelo encerado (Figuras 5, 6, 7, 8 e 9). A matriz é preenchida com resina bisacrílica e inserida sobre os dentes naturais, sendo removida apenas após polimerização final, transferindo assim o resultado do planejamento para a boca do paciente.

Figura 5 – Moldagem do enceramento com silicone de adição



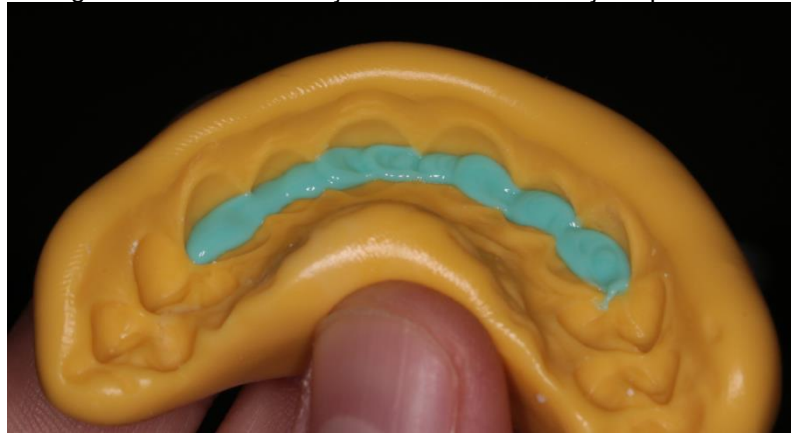
Fonte: Arquivo pessoal

Figura 6 – Molde do enceramento para confecção do MOCKUP



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 7 - Molde e inserção do silicone de adição tipo líquido



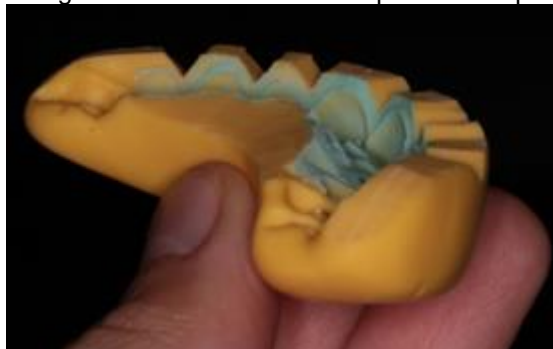
Fonte: Arquivo pessoal

Figura 8 – Moldagem do enceramento com silicone líquido



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 9 – Matriz de silicone para mockup



Fonte: Arquivo pessoal

Após a pré-visualização do resultado (Figura 10) e aceitação do mesmo pela paciente caminhamos para as fases de preparação para realização do procedimento.

Figura 10 – Mockup em posição



Fonte: Arquivo pessoal

Após a profilaxia vários incrementos de resina foram colocados sobre a superfície do dente e se inicia o processo de seleção da cor e de efeitos cromáticos desejados (Figura 11).

Figura 11 – Escolha da cor



Fonte: Arquivo pessoal

Os resultados foram descritos no prontuário e documentados através de fotografia. As resinas selecionadas foram A2Body para confecção do canino, que devido seu tamanho e quantidade de dentina possuem baixo valor e pouca quantidade de esmalte translúcido. E para restauração dos incisivos foi escolhido as resinas de cor A1Body, para dar opacidade e impedir a passagem de luz para o fundo escuro da boca e B1E para reprodução do esmalte dentário, muito presente principalmente na incisal desses elementos.

Depois de realizar a moldagem do enceramento com silicone de adição, denso e fluído, e aguardar conforme as especificações o tempo de polimerização do

equivalente, se iniciou a técnica de recortes da matriz de silicone. Os cortes envolveram a remoção da face vestibular dos elementos que serão restaurados, com manutenção da incisal e palatina dos mesmos. Conquistando assim um molde para efetivar o procedimento com maior precisão dos resultados.

Pois as restaurações classe IV são consideradas um desafio para o operador, principalmente pela dificuldade em reproduzir a cor, textura e aparência de forma harmônica. E a confecção desse guia de silicone (Figuras 12 e 13) sobre o enceramento diagnóstico facilita a obtenção de resultados mais naturais e precisos (BARATIERI et al., 2018)

Figura 12 – Guia para restauração



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 13 – Teste do guia em boca



Fonte: Arquivo pessoal

Além disso, fizemos uma moldagem total da arcada superior com silicone de adição do modelo encerado para confecção de uma placa oclusal de 2mm. Que foi usada pelo período de adaptação, por volta de 14 dias, com a finalidade de desprogramar o cérebro da antiga posição dos dentes e movimentos, como lateralidade e protrusão (Figura 14).

Figura 14 – Placa oclusal



Fonte: Arquivo pessoal

Nos primeiros sete dias a indicação de uso é de remoção apenas para alimentação e após esse período mais sete dias com uso em maior tempo possível (MARQUES et al., 2010).

Após isolamento relativo do campo operatório com o afastador labial Optragate, as restaurações foram iniciadas com microabrasão das áreas a serem condicionadas com broca de granulação extrafina para remoção do esmalte aprismático (Figura 15).

Figura 15 – Remoção esmalte aprismático



Fonte: Arquivo pessoal

O próximo passo foi o condicionamento da superfície com ácido fosfórico em gel 37% por 30 segundos, para o preparo adequado da superfície dental receber o adesivo (Figuras 16 e 18). Lavagem pelo dobro do tempo com spray ar/água e remoção do excesso de água com jato de ar (Figura 17), seguindo as orientações de Baratieri et al. (2018).

Figura 16 – Condicionamento ácido



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 17– Lavagem



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 18 - Esmalte condicionado



Fonte: Arquivo pessoal

O ácido fosfórico promoveu uma exposição dos prismas de esmalte, criando microporosidades que serão infiltradas pelo sistema adesivo.

Na sequência foi realizada a aplicação do adesivo de frasco único, Single Bond 2 da 3M. Fina camada, seguida de breve jato de ar, para evaporação do solvente e fotoativação por 10 segundos e repete a manobra, pois segundo Baratieri et al. (2018),

a aplicação de várias camadas colabora sobremaneira na adequada infiltração do adesivo.

Para realização dos caninos a cor de escolha foi A2B na escala VITTA, enquanto que os incisivos foram realizados com associação de cores, A1B, na camada mais interna e B1E, para reconstrução da parte vestibular.

Antes de tudo o encaixe da matriz de silicone previamente realizada foi testado. Com auxílio de um microbrush pequenas porções de resina foram inseridas sobre o molde de silicone e foi feita sua adaptação, seguida de fotoativação por 10 segundos em cada elemento. Após sua remoção, a concavidade palatina e incisais já estavam pré-fabricadas, com resina do tipo corpo, contendo uma opacidade intermediária, suficiente para impedir a passagem da cor (Figura 19).

Figura 19 – Matriz com resina composta em posição



Fonte: Arquivo pessoal

Depois de obter o molde para execução da restauração, a reconstrução da face vestibular foi exercida com o uso da espátula de resina e pincel de resina. Cada incremento foi polimerizado por 10 segundos, seguido de fotoativação final por 40 segundos (Figura 20).

Figura 20 – Confeção da incisal



Fonte: Arquivo pessoal

Com brocas multilaminadas, diamantadas F e FF, discos soflex acoplados ao mandril e tiras de lixas, as arestas foram redesenhadas, o ajuste oclusal foi finalizado com o uso de carbono para registro dos contatos oclusais nos movimentos de protrusão, lateralidade e relação cêntrica e foi realizado um acabamento preliminar.

A última sessão clínica foi para realização do acabamento e polimento final das restaurações direta anterior (Figura 21). Para suavizar as texturas se fez o uso de borrachas e discos flexíveis com baixa abrasividade. Somados ao uso de pastas diamantadas com discos de feltro, obtendo assim o brilho final da restauração (BARATIERI et al., 2018).

Figura 21 – Restauração final



Fonte: Arquivo pessoal

Ao ser questionada a respeito da nova aparência do seu sorriso, a paciente se mostrou satisfeita e relatou que após a realização dos procedimentos houve um aumento na sua autoestima e bem-estar, pois se tratava da realização de um sonho.

Logo é possível observar que a metodologia clínica desenvolvida neste caso foi eficaz em reestabelecer a função e estética dos dentes anteriores da paciente de forma a promover um sorriso mais harmônico e funcional, com bom prognóstico a longo tempo.

2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas por Carolina Nunes de Sousa

O caso a ser apresentado foi realizado na clínica odontológica do UNILAVRAS, nas aulas de Atividades Vocacionais de Cirurgia no primeiro semestre de 2019, pela aluna Carolina Nunes De Sousa. Tendo como objetivo a satisfação do paciente e adquirir novas experiências.

2.2.1 Atividades desenvolvidas

Paciente do sexo feminino, com 61 anos de idade. Já estava em tratamento na clínica odontológica do Unilavras, na clínica de especialização de endodontia, entre uma consulta e outra a paciente relatou dor espontânea, exacerbada na região do elemento 16. Ao fazer a anamnese, exame clínico e exame radiográfico, foi diagnosticado o elemento 16 para exodontia, pois havia cárie atingindo a furca, sendo assim a paciente foi encaminhada para fazer a exodontia do elemento 16. A partir da extração tornou-se minha paciente e após conversar com a paciente o plano de tratamento foi escolhido, no qual seria a exodontia e instalação de implante.

Em novembro de 2018, foi feita a exodontia do elemento 16, após três meses foi feita uma radiografia panorâmica (Figura 22), que nos traz uma imagem que engloba tudo podendo ter distorção e uma radiografia periapical (Figura 23), que mostra uma imagem mais nítida, para avaliar sua estrutura óssea da região. Juntamente do Professor José Luiz Rigato, avaliamos clinicamente e radiograficamente, e através dos exames observou-se uma reabsorção de osso no sentido vertical, que nos impedia de fazer a instalação do implante pelo método tradicional. Sendo assim tínhamos dois possíveis casos que poderiam ser feitos, um deles era fazer a cirurgia de levantamento de seio e após seis meses instalar o implante e o outro caso era elevação atraumática do seio maxilar. Após apresentarmos as vantagens e desvantagens de ambos os casos, a paciente optou por fazer utilização de implante osso integrado com elevação do assoalho do seio maxilar e enxerto ósseo particulado (Geistlich BioOss®).

Figura 22 –Radiografia panorâmica



Fonte:Centro Radiológico digital CROF Digital

Figura 23 -Radiografia periapical



Fonte: Centro Radiológico digital CROF Digital

Foi feita a moldagem do arco superior e enviado para o laboratório de prótese para confecção do guia cirúrgico da região do elemento 16 (Figuras 24 e 25). Após foram feitos os ajustes necessários (Figuras 26 e 27).

Figura 24 - Foto lateral do modelo pronto para ser enviado para confecção do guia cirúrgico.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 25 - Foto frontal do modelo pronto para ser enviado para confecção do guia cirúrgico.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figuras 26 - Guia cirúrgico.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 27 – Guia cirúrgico



Fonte: Arquivo pessoal.

Antes da cirurgia, a paciente foi chamada ao centro cirúrgico para a prescrição da profilaxia pré-cirúrgica e orientações pré-operatórias. Enfatizando a importância do paciente para o sucesso do procedimento tomando todos os medicamentos corretos e seguir todas as orientações. Segundo Castilho, (1999) as prescrições devem ser registradas em receituário com todas as instruções como horários e dias que devem ser tomados, pois caso ao contrário podem levar o paciente a utilizar o medicamento por tempo insuficiente ou por períodos indesejáveis. No caso específico dos antibióticos, este é um problema grave, pois os mesmos necessitam de um tempo pré-determinado de utilização para evitar que certas bactérias resistentes permaneçam no organismo e se proliferem, causando uma infecção muito maior e insensível à ação daquele antibiótico utilizado de forma incorreta.

Como a paciente não apresentava nenhuma alteração sistêmica, os medicamentos prescritos no pré-operatório foram: Amoxicilina 500mg - (1g) duas cápsulas uma hora antes do procedimento; Dexametasona 4mg - dois comprimidos uma hora antes do procedimento. No pós-operatório: Amoxicilina 500mg, uma cápsula de oito em oito horas por sete dias; Dexametasona 4mg, um comprimido de oito em oito horas por três dias; Dipirona Monoidratada 500mg, quarenta gotas de quatro em quatro horas, por três dias, em caso de dor.

Segundo Aldecoa (1997), Grau III altura residual entre 6 a 8 mm, o diâmetro a ser escolhido do implante é o máximo que nos permita a anatomia, tendo como comprimento de 10 ou 13 mm penetrando 5 ou 5.5 mm do seio. Na parede mesial do seio será feita a elevação 7 ou 8mm. A técnica realizada foi, elevação do seio maxilar

atraumática com enxerto particulado (Figura 28). Implante utilizado (Master Eazy Grip na medida 5/10 mm, hexágono externo).

Figura 28 -Osso granulado BioOss®.



Fonte: Arquivo pessoal.

No dia do procedimento foi aferida a pressão arterial (12 por 8), assepsia intra oral com clorexidina 0,12 % e extra oral com clorexidina a 2%. A Figura 29 mostra a mesa cirúrgica preparada

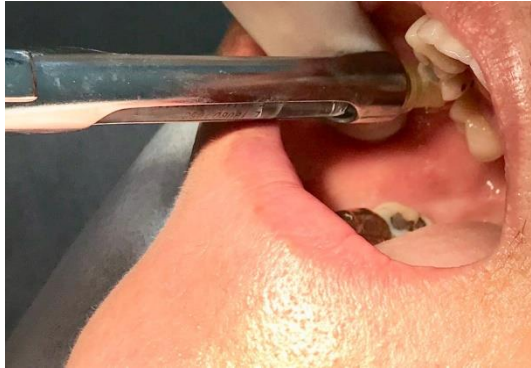
Figura 29 - Foto da mesa cirúrgica



Fonte: Arquivo pessoal.

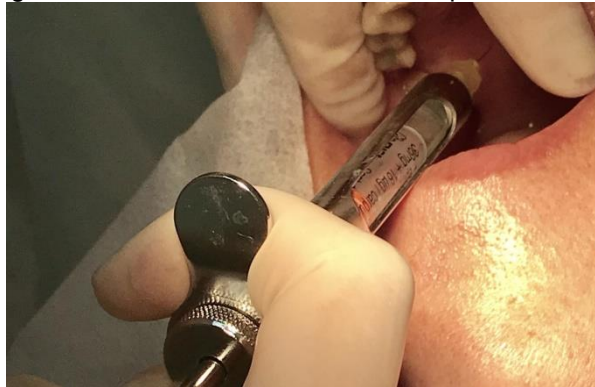
Anestesia pela técnica alveolar superior posterior, palatino maior e infiltrativas com a solução anestésica lidocaína a 2% com vasoconstritor epinefrina 1:100.000. Segundo Carvalho et al. (2013), a Lidocaína é o anestésico local mais utilizado na Odontologia, sendo ele muito eficaz na concentração de 2% e com ação rápida, iniciada entre 2 a 3 minutos após aplicação. Os vasoconstritores têm como função promover o aumento de duração do anestésico, redução da toxicidade e o aumento da eficácia do bloqueio anestésico (Figuras 30 e 31).

Figura 30 - Foto da técnica anestésica alveolar superior posterior.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 31 - Foto da técnica anestésica palatino maior.



Fonte: Arquivo pessoal.

Incisão localizada a cima e no meio do rebordo alveolar até a inserção óssea, feita com lâmina 15c (Figura 32), seguida faz o descolamento do tecido até a crista óssea (Figuras 33 e 34). E em seguida posicionei o guia cirúrgico (Figura 35).

Figura 32 - Incisão



Fonte: Arquivo pessoal.

Figuras 33 – Descolamento do tecido



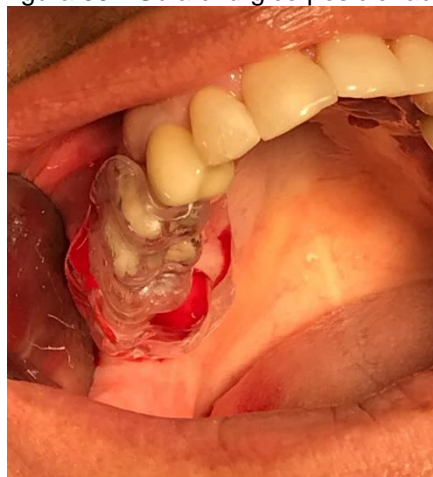
Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 34 – Descolamento do tecido



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 35 - Guia cirúrgico posicionado

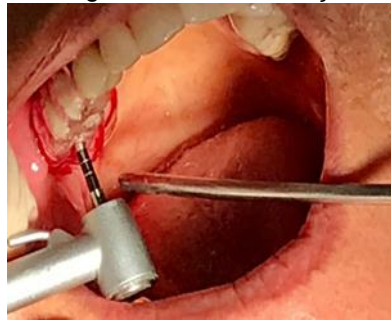


Fonte: Arquivo pessoal.

Segundo Carvalho et al. (2006), o guia cirúrgico serve como referência para colocar em prática o planejamento protético, conseguindo assim, uma biomecânica satisfatória. Para demarcar o primeiro ponto com auxílio do guia cirúrgico, usa-se a

broca lança com rotação de 900 rpm, rompendo a cortical óssea, depois, já sem o guia, com a mesma broca continua até 5 mm e juntamente promove-se a irrigação com o soro fisiológico evitando ocorrer necrose e a perda do implante devido à alta quantidade de calor gerado no local. Em seguida, utiliza-se as brocas de fresa 2.0, 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, sendo introduzido até 6 mm de altura (Figuras 36, 37, 38, 39, 40, 41 e 42).

Figura 36 – Fresa lança



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 37 – Fresa 2,0



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 38 – Fresa 2,5



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 39 – Fresa 3,0



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 40 - Fresa 3,5



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 41 – Fresa 4,0



Fonte: Arquivo pessoal.

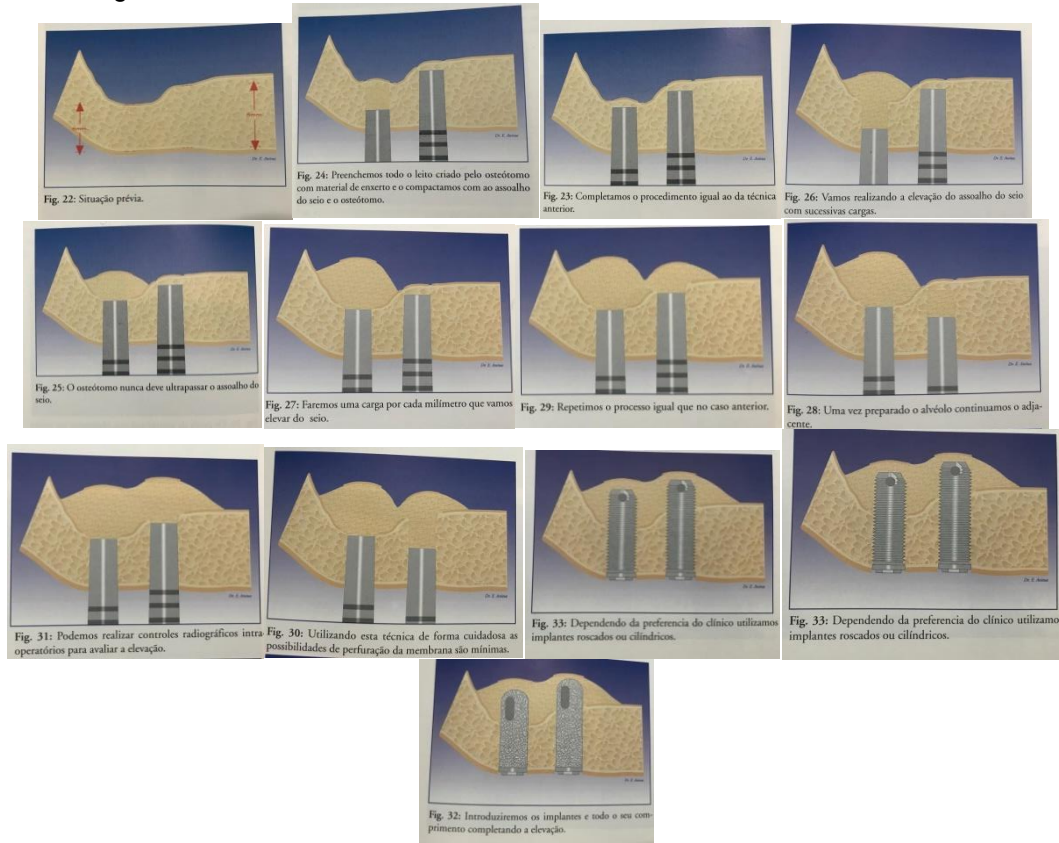
Depois de feita a perfuração e alargamento, utiliza-se o osteótomo para elevação atraumática do assoalho do seio maxilar.

Segundo Pinto et al. (2011), a região posterior de maxilas quando perde algum dente, muitas vezes o osso pode ficar insuficiente para uma reabilitação protética implanto suportada. Esta quantidade insuficiente de osso se deve a uma pneumatização do seio maxilar e remodelação da crista alveolar edêntula.

Segundo Aldecoa (1997) existem algumas vantagens, que nos levaram a escolher essa técnica da cirurgia de levantamento de seio atraumática, é feito uma

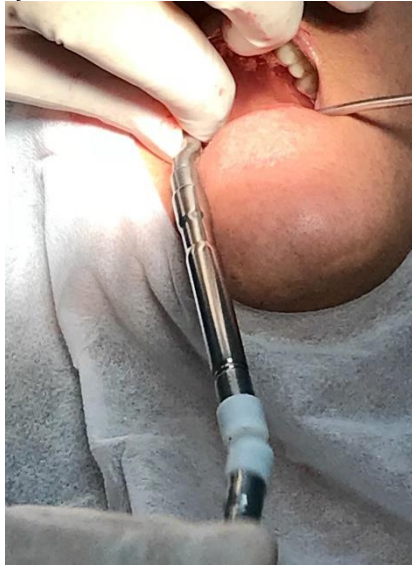
compactação do osso de forma que aumente a densidade óssea ao redor do implante, obtendo como resultado melhor estabilidade; tem possibilidade de conseguir elevação de 1 a 2 mm utilizando o próprio osso da zona permitindo uma ossificação cobrindo o ápice do implante em casos de micro-fraturas e mínimo risco de perfuração da membrana e infecção. Utilizando esta técnica, aumenta-se muito a probabilidade de ossificação por cima do implante, pois, empurrou o tecido ósseo apicalmente devido a um desenho da ponta côncava do osteótomo. Desta forma, o risco de perfuração é mínimo (Figura 42 e 43).

Figura 42 – Foto ilustrativa demonstrando a técnica utilizada no caso clínico.



Fonte: Aldecoa (1997).

Figura 43 - Foto, elevação do assoalho do seio maxilar com uso de osteotomo.



Fonte: Arquivo pessoal.

Segundo Aldecoa (1997), o correto para utilizar essa técnica junto a instalação de implantes com diâmetro maiores possibilita um melhor tratamento, sendo pouco invasiva diminuindo a chance de ter complicações no trans e pós-operatório.

Em seguida é colocado o enxerto ósseo granulado (Figura 44) BioOss® large com ajuda do osteótomo (Figuras 45, 46 e 47).

Segundo Dr. Eduardo Anitua Aldecoa (1997), uma ação atraumática com enxerto consiste basicamente nos mesmos preceitos porém que com a particularidade de antes de se fazer a elevação da mucosa com osteótomo n°3, preenchemos o alvéolo artificial que preparamos com o material de enxerto e voltamos a introduzir o osteótomo até o assoalho do seio, nunca 1 milésimo a mais. Dessa maneira a quantidade despregando da mucosa é muito maior, e as possibilidade de perfuração da membrana são por isso menores.

Figura 44 - Osso granulado BioOss® hidratado com soro fisiológico para facilitar a manipulação até o alvéolo.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 45 – Enxerto ósseo sendo realizado com osso granulado BioOss®.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 46 - Enxerto ósseo sendo realizado com osso granulado BioOss®.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 47 - Alvéolo preparado para instalação do implante.



Fonte: Arquivo pessoal.

No mesmo instante após o enxerto ósseo granulado estiver bem adaptado no local, com chave digital faz a instalação, sendo apertado manualmente, que foi possível criar uma estabilização primária (Figura 48, 49 e 50) .

Segundo Carvalho (2008), para obter a ósseo integração a estabilidade primária é indispensável, sendo pré-requisito na estabilização mecânica para a cicatrização. Dentre os fatores de sucesso dos implantes ósseo integrados a estabilidade primária é fator decisivo na obtenção da ósseo integração, sendo pré-requisito para promover uma estabilização mecânica, que parece ser essencial para a cicatrização. E para obter esta estabilidade primária depende da quantidade de osso compacto que está em contato com a superfície do implante.

Foi feito a sutura com fio de nylon 5.0, finalizado com 4 pontos (Figura 51 e 52) e após fiz uma radiografia final logo após a cirurgia (Figura 53).

Figura 48 – Implante e instalação com chave digital.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 49 – Implante e instalação com chave digital.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figuras 50 – Implante instalado



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 51 - Implante instalado



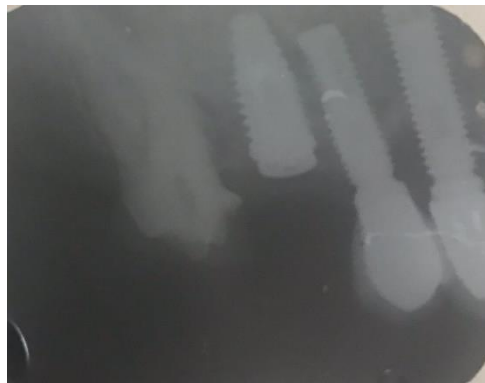
Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 52 - Sutura



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 53 - Radiografia periapical feita pela aluna Carolina Nunes De Sousa no pós operatório imediato.



Fonte: Arquivo pessoal.

2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas por Maria Luiza Mizael Vilela

O caso que será apresentado a seguir foi executado pela aluna Maria Luiza Vilela, orientada pelo professor José Luiz Rigato, durante a disciplina de Atividades Vocacionais de Cirurgia no ano de dois mil e dezenove, com propósito de devolver saúde bucal, função, bem estar e estético para a paciente.

Este fenômeno foi definido como osseointegração, consiste, segundo suas primeiras observações, em uma conexão direta e estrutural entre osso vivo e a superfície do material implantado (CAMPOS; ROCHA JÚNIOR, 2013, apud AMORIM et al, 2019). Neste período, Brånemark estava interessado por pesquisa e protocolos de procedimentos cirúrgicos que resolvessem deficiências físico-funcionais de seres

humanos. Com base nesta observação, desenvolveu cilindros personalizados para serem implantados em tibia de coelhos e cães. Tornando-se mais tarde uma base segura, modificada e otimizada para receber próteses fixas de longa duração em maxila e mandíbula para aplicação humana (FORMIGHIERI, 2010, apud AMORIM et al, 2019).

2.3.1 Atividades desenvolvidas

Paciente do sexo feminino, 28 anos, leocoderma, relatou ter perdido o elemento 37 há 8 anos e manifestou interesse em fazer um implante naquela área já que a ausência deste dente a incomodava muito. Como já a conhecia, disse que seria possível realizar esse tratamento na Unilavras, tratamento que ela tanto queria e no momento não tinha condições de fazer em um consultório particular. A paciente ficou muito contente com a oportunidade e então comecei a estudar o caso através da Radiografia Panorâmica (Figura 54) com o Professor José Luiz Rigato que foi essencial, me deu todo suporte que eu precisava. A radiografia panorâmica é um dos exames radiográficos mais utilizados na rotina odontológica, existindo grande possibilidade do cirurgião-dentista se deparar com achados radiográficos (PONTUAL et al., 2009, p.50).

Figura 54 – Radiografia panorâmica



Fonte: Arquivo pessoal.

Na Radiografia Panorâmica da situação inicial da paciente podemos observar boa presença de osso no local da perda dentária, o que é favorável para instalação do implante. A radiografia panorâmica se caracteriza pela possibilidade da visão global de todos os elementos dentários da maxila e mandíbula, assim como de seus constituintes ósseos (GARTNER; GOLDENBERG, 2009, p.103).

Para planejar e estudar o caso utilizou-se também o Guia Cirúrgico que foi confeccionado a partir de um modelo anatômico (Figura 55), o qual foi encerado o elemento ausente (36) a fim de obter um planejamento reverso. De acordo com Nuss et al. (2016, p.102 -103):

O planejamento reverso tendo como objetivo final a resolução protética é essencial para reabilitações sobre implantes com estética e função adequadas. Um planejamento pré-operatório preciso, tanto para instalação do implante quanto para confecção da restauração protética, é um pré-requisito fundamental para o sucesso da reabilitação oral de pacientes com implantes osseointegráveis.1. Além disso, as tendências atuais concentraram-se em procedimentos cirúrgicos menos invasivos e na redução do tempo de osseointegração. 2.Procedimentos que utilizem a cirurgia baseada em planejamento virtual inicial, em que este planejamento é transferido para o leito operatório “real” por meio de um guia prototipado, trazem vantagens significativas ao cirurgião-dentista e ao paciente (NUSS et al, 2016, p.102-103).

Figura 55 - Imagem do modelo onde foi confeccionado o Guia Cirúrgico.



Fonte: Arquivo pessoal.

Para iniciarmos o procedimento cirúrgico, foi feito a antissepsia intrabucal e extrabucal da paciente com Clorexidina a 0,12% e a 2%, colocação do avental cirúrgico e desinfecção do Guia Cirúrgico para evitar qualquer tipo de contaminação.

Independentemente de estar no consultório odontológico ou nos centros cirúrgicos hospitalares, os cirurgiões, inclusive os dentistas, em especial aqueles que realizam cirurgias orais e procedimentos de implantodontia, devem estar sempre atentos às medidas de assepsia e antissepsia, em busca do controle e da detenção da infecção cruzada (MONNAZZI et al., 2012).

A prevenção da infecção cruzada é uma parte fundamental em um tratamento odontológico e a principal conduta para manutenção da biossegurança e prevenção dessas infecções é a desinfecção de superfícies, entre elas, unhas, mãos e antebraços. Considerando o grande número de superfícies operatórias que podem estar contaminadas durante o tratamento odontológico, torna-se claro a necessidade

do uso de substâncias antissépticas para uma assepsia efetiva (BAMBACE et al., 2003).

Sendo assim, a descoberta da importância da assepsia e antissepsia na prevenção de infecções representou um dos maiores avanços em cirurgia (SANTOS; MONIZ; FREITAS, 2012). A atividade de higienização das mãos tem sido associada a uma redução significativa de infecções hospitalares (GOULART; ASSIS; SOUZA, 2011). O propósito da antissepsia pré-cirúrgica das unhas, mãos e antebraços é eliminar a sujidade, células descamativas do estrato córneo, toda microbiota transitória, e minimizar a população da microbiota residente. Por conseguinte, permitir um maior controle da proliferação microbiana dessas regiões nos períodos trans e pós-cirúrgico (SANTOS; MONIZ; FREITAS, 2012).

A clorexidina foi sintetizada nos anos 40 e introduzida no mercado em 1954 como um antisséptico para ferimentos na pele. Ela se caracteriza por ser um detergente catiônico, da classe das bisbiguanidas, disponível nas formas de acetato, hidrocloreto e digluconato, sendo este último, o sal mais comumente empregado em fórmulas e produtos. Quando em baixas concentrações, provoca lixiviação de substâncias de pequeno peso molecular, como o potássio e o fósforo, exercendo efeito bacteriostático e bactericida em altas concentrações. Ela possui um amplo espectro de ação, agindo sobre bactérias gram-positivas, gram-negativas, fungos, leveduras e vírus lipofílicos (TORTORA et al., 2000).

“A atividade antimicrobiana da clorexidina está relacionada à sua capacidade de fixação à membrana citoplasmática, a qual se rompe, resultando na morte dos microrganismos afetados” (URQUIZA et al., 2016, p.113-114).

Em seguida é feita a montagem da mesa clínica (Figura 56), onde os instrumentais que serão utilizados ficam organizados em seus devidos quadrantes, o que facilita ao profissional manuseá-los durante a cirurgia.

Figura 56 – Mesa clínica montada para procedimento cirúrgico.



Fonte: Arquivo pessoal.

Antes de dar início ao procedimento cirúrgico é necessário também, colocar o guia cirúrgico em posição (Figura 57), para certificar correta adaptação do mesmo. O aspecto clínico do local eleito para instalação do Implante (figura 58), pode-se observar que a gengiva se encontra saudável e boa presença de osso. É importante ressaltar que previamente a cirurgia a paciente foi submetida a uma adequação do meio bucal através de instrução de higiene oral, raspagem com uso de Ultrassom e profilaxia.

Figura 57 – Guia cirúrgico em posição



Fonte: Arquivo pessoal.

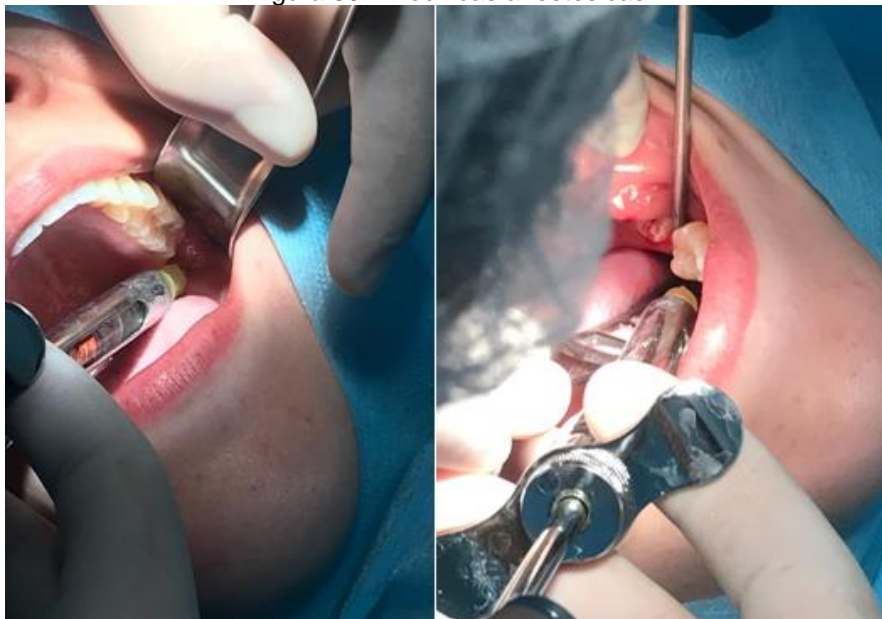
Figura 58 – Aspecto clínico



Fonte: Arquivo pessoal.

As técnicas anestésicas utilizadas (Figura 59) foram Pterigo mandibular e foi necessário uma Infiltrativa por Lingual na região pois a paciente sentiu um incomodo na mesma (possibilidade de inervação acessória). “O bloqueio regional do nervo alveolar inferior é utilizado para anestésiar todos os dentes da mandíbula (hemi-arco), incluindo tecidos bucais e língua” (SQUIVE et al., 2018, p.24). O anestésico utilizado foi Lidocaína a 2% com vasoconstritor Epinefrina 1:100000.

Figura 59 – Técnicas anestésicas



Fonte: Arquivo pessoal.

Em seguida foi realizada uma incisão (Figura 60) linear da face mesial do elemento 38 a Distal do 36 até tocar o osso para obter um bom campo operatório e o

descolamento dos tecidos (Figura 61) desde a região Interpapilar dos elementos 38 e 36 unindo à incisão feita anteriormente de maneira que exponha todo o osso necessário.

Figura 60 - Incisão



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 61 – Descolamento do tecido

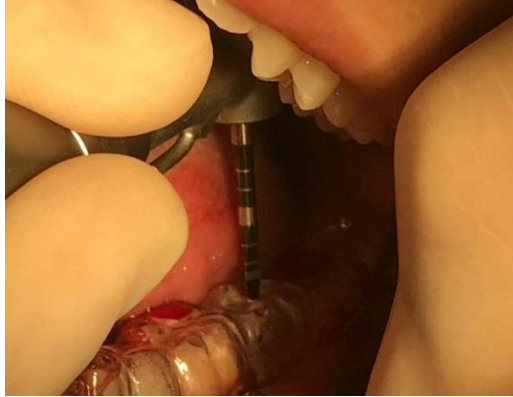


Fonte: Arquivo pessoal.

O Guia Cirúrgico foi colocado em posição novamente para marcar o osso na posição correta da perfuração com o uso da Fresa Lança (Figura 62), em seguida ele é retirado para terminar a perfuração. Continuamos utilizando outras fresas (Figura 63

e 64) até a espessura e altura da perfuração do osso condizer com a da peça de implante que foi eleita. Entre uma fresa e outra é necessário voltar a Guia em posição.

Figura 62 – Perfuração com a fresa lança



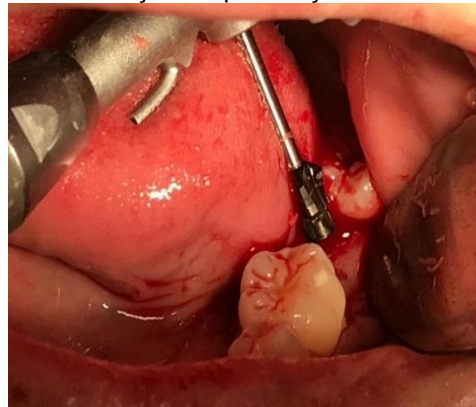
Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 63 – Continuação da perfuração com as outras fresas



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 64 – Continuação da perfuração com as outras fresas



Fonte: Arquivo pessoal.

Ao finalizar a perfuração, lançamos mão de um dispositivo denominado Paralelizador (Figura 65), o qual tem a função de verificar a direção e angulação da perfuração após utilizar a última fresa antes da instalação do implante.

Figura 65 - Paralelizador



Fonte: Arquivo pessoal.

Nas figuras 66 e 67 podemos observar o Implante eleito (Hexágono Externo – 5,0 x 8,5 – Master Easy) acoplado a sua Chave Digital responsável por levar o implante de encontro a perfuração de maneira segura. “Um implante dentário, pode ser definido como um dispositivo de titânio que faz a interface com o osso maxilar para suportar uma prótese dentária (OLIVEIRA FILHO et al., 2015)” (SOUZA; RAUSCH, 2019, p.102).

Figuras 66 - Implante acoplado à chave digital



Fonte: Arquivo pessoal.

Figuras 67 - Implante aclopado à chave digital



Fonte: Arquivo pessoal.

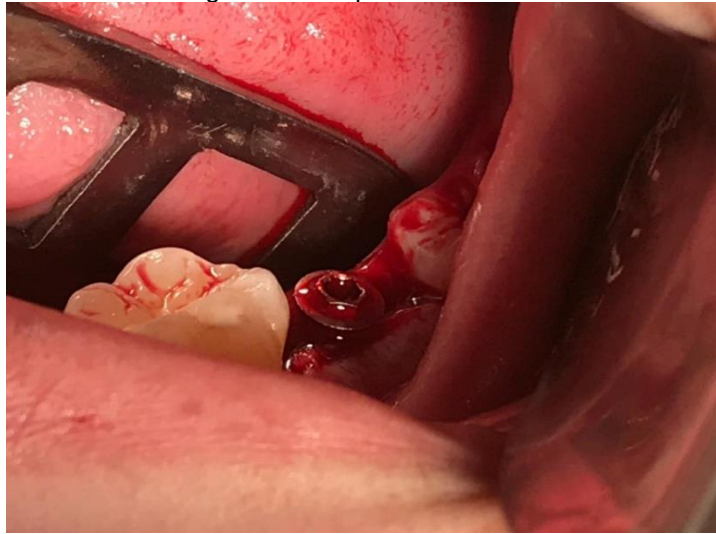
Estando o implante totalmente inserido na perfuração, um torque final foi dado através de uma catraca, executando-se a leitura através de um Torquímetro (Figura 68). Combinar a habilidade do operador com os dispositivos que visam minimizar falhas contribui diretamente para o sucesso protético. Dessa forma concluímos a instalação do implante (Figura 69).

Figura 68 - Torquímetro



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 69 – Implante instalado



Fonte: Arquivo pessoal.

A fim de vedar e minimizar os riscos de contaminação é instalado posteriormente o Tapa Implante (Figuras 70 e 71), em seguida foi feita a sutura (Figura 72) em “U” e um ponto simples para coabitar as bordas de tecido mole facilitando a cicatrização.

A sutura consiste no tempo operatório final de um procedimento cirúrgico, que visa aproximar as bordas de uma lesão, com a finalidade de promover a união dos tecidos, reposicioná-lo em seu local original e evitar a contaminação da ferida cirúrgica (FERREIRA et al., 2017, p. 01).

Figuras 70 – Tapa implante



Fonte: Arquivo pessoal.

Figuras 71 – Tapa implante



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 72 - Sutura



Fonte: Arquivo pessoal.

É necessário que a paciente aguarde um período de aproximadamente quatro meses para osseointegração do implante. Após esse tempo, será instalado um Cicatrizador e posteriormente a confecção da Prótese sobre implante a fim de finalizar a reabilitação da mesma. O prognóstico do caso é favorável e ele será finalizado por mim durante as Atividades Vocacionais de Prótese no segundo semestre do ano de dois mil e dezenove.

O controle clínico pós-cirúrgico recomenda ausência de exsudato, ausência de dor a percussão e palpação, imobilidade do implante instalado, ausência de

sangramento e ausência de rádio lucidez na imagem radiográfica. Orientar o paciente a respeito da obediência na prescrição medicamentosa quando presente e nos cuidados com a higienização podem minimizar as intercorrências no pós-operatório e evoluir para adequada osseointegração (AMORIM et al., 2019, p.40).

Há um consenso entre diversos autores e estudiosos da implantodontia que foi Brånemark e sua equipe, os primeiros, a sugerirem a possibilidade de um contato direto entre o osso vivo e um implante. Assim a união anatômica e funcional direta entre o osso vivo remodelado e a superfície do implante nomeou osseointegração (DONATH et al., 2003, citado por AMORIM et al., 2019).

A descoberta da osseointegração representou um grande avanço para odontologia contemporânea, Costa et al. (2014) citados por Amorim et al. (2019), afirmam que com a introdução do conceito da osseointegração, por Brånemark, é possível reabilitar pacientes parcialmente ou totalmente edentados, repondo os dentes perdidos. As características da osseointegração podem variar de acordo com a quantidade e qualidade do contato direto osso-implante e de fenômenos celulares como cicatrização, reparação e remodelação, adequados em intensidade e frequência (AMORIN et al., 2019, p.46).

2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Mayara Rodarte

Durante todo o curso realizei procedimentos de todas as especialidades, mas sempre me interessei mais pela área estética, como a Dentística. Ela não só traz a estética de volta, mas também a função.

No nono período na disciplina de Atividades Vocacionais de Dentística, ministrada pelo professor Johnson Fonseca, realizei um caso clínico de restauração direta de facetas em resina composta, no qual era uma situação em que o paciente se sentia incomodado e insatisfeito com a situação atual em que seus dentes estavam.

2.4.1 Atividades desenvolvidas

Paciente, compareceu a Clínica Odontológica do Unilavras, na disciplina de Atividades Vocacionais de Dentística, disciplina essa escolhida por mim neste período, se queixando sobre sua insatisfação estética.

No exame clínico, observou-se que o paciente apresentava facetas em resina composta nos elementos 13,12,11,21 e 22, porém com anatomia e acabamento insatisfatórios, principalmente nas bordas cervicais, que estavam pigmentadas (Figura 73). Por ser um paciente que se preocupa muito com estética, querendo seus dentes bem branquinhos, harmônicos, e ser estudante de Odontologia na instituição UNILAVRAS, o mesmo pediu para que fosse realizado a troca dessas facetas. Foi realizado o pedido da radiografia panorâmica e nela analisamos a quantidade de estrutura dental por trás das facetas.

Figura 73 – Estado inicial do paciente



Fonte: imagem cedida pelo professor Johnson Campideli Fonseca.

Para seu caso, foram realizadas várias sessões e o tratamento proposto foi a realização do clareamento dental combinado e a troca das facetas, pela técnica de restauração direta de facetas em resina composta.

Como o paciente estava insatisfeito com a cor atual de seus dentes, começamos por realizar o clareamento dentário.

O clareamento dental é uma forma conservadora estética de tratamento, pois, melhora a aparência dos dentes sem nenhum procedimento invasivo que perca

estrutura dental. No entanto, a exposição ao pH do agente clareador pode trazer alguns efeitos colaterais, como: hipersensibilidade, irritação gengival e ulcerações em tecidos moles, que na maioria das vezes, é causado pelo uso inadequado da técnica. O material mais comum utilizado em consultório é o agente clareador com Peróxido de Hidrogênio 35% da Whitnness, ele tem um alto poder de penetração em esmalte e dentina nesta concentração, por conta do seu baixo peso molecular. Sua reação é através de oxidação de compostos orgânicos, que quando em contato com os tecidos liberam radicais livres que oxidam os pigmentos, o oxigênio liberado penetra nos túbulos dentinários e age nos compostos de carbono pigmentados, tornando-os mais claros (NASCIMENTO et al., 2018).

Como é preconizado na instituição, realizamos o clareamento pela técnica combinada: 2 sessões de clareamento de consultório com Peróxido de hidrogênio 35% da Whitnness associado ao clareamento supervisionado, que é realizado com as moldeiras superiores e inferiores e peróxido de carbamida a 10% da marca Opalescence (Ultradent).

Para realização do clareamento de consultório, realizei o isolamento relativo, a proteção gengival utilizando o Top Dam (Figura 74), realizei a mistura química como explica na bula do produto utilizado (Figuras 75 e 76), que neste caso foram 3 gotas de peróxido de hidrogênio para 1 gota de espessante. Após realizada a mistura química, apliquei com auxílio do microbrush esta mistura nas faces vestibulares dos elementos dentários. Deixei o material agir por 20 minutos, sempre agitando com auxílio de uma sonda a cada 5 minutos, para que o material sempre estivesse em contato com a estrutura dental, ocorrendo assim o seu clareamento (Figuras 77 , 78 e 79) .

Figura 74 - Aplicação do Top Dam para proteção gengival



Fonte: Arquivo pessoal.

Figuras 75 - Aplicação da mistura química do agente clareador da Whitniss 35%.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 76 - Aspiração do material após o tempo de ação.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 77 – Materiais e instrumentais utilizados



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 78 – Materiais utilizados



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 79 - Resultado após a primeira sessão do clareamento de consultório



Fonte: Arquivo pessoal.

No caso deste paciente, como ele já possuía as facetas, para a confecção da moldeira superior, o Professor e orientador Johnson Fonseca, sugeriu fazermos a moldeira para que clareasse pela região palatina nos elementos dentários com faceta. Com isso, foi realizado acréscimo de barreira fotoativada (Opaldam – Ultradent) no modelo nas faces palatinas dos elementos em questão, para que o gel clareador fosse aplicado na palatina, pois assim, quando fossem removidas as facetas seus dentes já estariam claros assim como os outros sem facetas (Figura 80).

Figura 80 - Acréscimo de barreira fotoativada (Opaldam- Ultradent)



Fonte: Arquivo pessoal.

Foi realizado modelos de estudo com gesso tipo IV, para realização do enceramento diagnóstico para posteriormente realizar o Mockup.

O Mockup faz parte do planejamento e tem grande importância para se ter melhores resultados, pois, ele é uma simulação do que será realizado na boca do paciente e prevê se o enceramento e o tratamento proposto, será válido. Serve como guia para confecção de restaurações, preparos, provisórios de coroas e facetas de cerâmica, além de criar um laço de confiança entre o profissional e paciente. É confeccionado com silicone de adição denso e fluido, utilizando a resina bis acrílica (Figuras 81 e 82).

Durante a realização do enceramento diagnóstico, foi pensado em reestabelecer a função e estética. Como antes as facetas estavam muito quadradas e curtas anatomicamente, queríamos aumentar um pouco a incisal e deixar um dente mais triangular, e isso é possível com as arestas que dão a ilusão de um dente mais largo ou mais estreito, para não ficar com traços muito fortes e ficar harmônico. Também, foi conferido a função de lateralidade e protrusão, necessitando de acréscimo na cúspide do elemento 43, que estava desgastada, reestabelecendo assim o guia canino e incluindo este dente no tratamento.

Após a realização do mockup, o paciente aprovou e ficou muito contente em saber que seus dentes ficariam desta forma (Figura 83). Ele foi para casa com o mockup para ver com mais detalhes, tirar foto, mostrar para amigos e o mesmo removeu com o auxílio de uma sonda, como é estudante de Odontologia, o paciente já possuía uma sonda em casa, caso não tivesse, seria emprestado uma sonda esterilizada ao paciente.

Figura 81- Silicone de Adição utilizado para confecção do Mockup



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 82 – Mockup realizado



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 83 – Paciente com Mockup



Fonte: imagem cedida pelo professor Johnson Campideli Fonseca.

Após uma semana da finalização do clareamento, realizamos a escolha da cor com auxílio de fotografia, passando a foto para escala de cinza. Para a escolha foi colocado uma pequena porção de resina para esmalte do terço médio para incisal de um elemento dentário inferior, já que os superiores estavam com facetas, e uma porção no mesmo elemento de resina para dentina, que é a body, na porção mais cervical, pois é onde se concentra maior quantidade de dentina. Fotografamos e passamos para escala de cinza.

As cores escolhidas de resina composta foram B1E para reconstrução de esmalte e A1B (body) para dentina, sendo esta uma resina de média opacidade (Figura 84).

Figura 84 – Resinas usadas nas restaurações



Fonte: Arquivo pessoal.

Como eram seis elementos a serem restaurados, requer tempo e as clínicas já estavam se encerrando, então foi pensado alguma forma de conseguir mais tempo.

Em uma sessão foi realizado a remoção das facetas dos elementos 11 e 21, e confeccionado um provisório. Moldei o paciente antes da remoção com moldeira parcial e silicone de adição denso e fluido, apliquei uma gota de Adesivo Single Bond Universal na vestibular dos elementos, apliquei resina bisacrílica no molde, e inseri na boca do paciente. Removi excesso e aguardei tomar presa, após a remoção do molde, fotoativei. É o mesmo processo do Mockup, porém, com a aplicação do adesivo o paciente consegue ficar até a próxima sessão sem soltar o provisório. Durante a remoção das facetas, foi observado que no elemento 11 havia sido realizado um preparo com bastante desgaste na estrutura dental, ficando assim em dentina, e já no elemento 21, estava em esmalte.

Na realização da restauração das facetas, devemos lembrar que o canino é mais saturado que os incisivos, pois tem uma camada mais espessa de dentina. E para manter a naturalidade dos dentes, deve usar resina com opacidade compatível, para não ter excesso de opacidade e não compensar o erro em grossas camadas de resinas de esmalte, ficando um elemento dentário espesso e com aspecto artificial (CARDOSO et al., 2011).

Na sessão seguinte, removemos as facetas dos elementos 12 e 22 na parte da manhã (Figura 85), e na parte da tarde, restauramos os elementos 11 e 21.

Durante a restauração, como o paciente não apresentava incisais translúcidas com mamelões, não foi necessário fazer a concavidade palatina com auxílio da matriz

utilizando a resina para esmalte, pois não queríamos translucidez nas incisais. Então, realizei a concavidade palatina com a resina body de acordo com a cor escolhida. Nesta sessão, tive a ajuda do professor Johnson Fonseca, pois, o tempo estava restrito.

Figura 85 - Remoção das facetas de resina composta



Fonte: Arquivo pessoal.

Após remoção do provisório, profilaxia, isolamento pela técnica modificada, condicionamento ácido, com tempo de acordo com a estrutura dental (esmalte por 30 segundos e dentina por 15 segundos), lavagem pelo dobro do tempo e aplicação do sistema adesivo Single Bond 2, foi aplicado pequenas quantidades de resina composta body na matriz com auxílio da espátula de resina e microbrush (Figura 86), inserido na boca do paciente, removido excessos e principalmente nas proximais, para não unir as resinas na hora da fotoativação (Figuras 87 e 88). Após fotoativar, teve-se a face palatina, e a partir desse momento, a matriz não teve mais utilidade, o restante da restauração foi a mão livre.

Continuou-se com a resina body, confeccionando a dentina. Utilizei uma matriz côncava que vem no kit TDV, colocando de cervical para incisal, pois assim, fica com o perfil de emergência sem degrau, sem excesso. Após aplicar toda resina body necessária e ir fotoativando a cada porção por 10 segundos, observamos que não seria necessário a última camada ser de resina para esmalte, ficando assim, apenas com a resina body, realizei então a fotoativação final por 40 segundos. Checagem da oclusão com carbono.

Na semana seguinte, na sessão da manhã, me dediquei para finalizar os incisivos centrais, pois em questão de largura estavam desiguais. Com auxílio de discos de lixa, passei nas proximais trazendo as arestas mais para o centro do dente, deixando assim o dente mais estreito e triangular. Com a lâmina de bisturi 11, foi removido excessos nas proximais, passando no sentido de cervical para incisal, sempre, para não acontecer de machucar o paciente.

Na segunda sessão do dia, a tarde, o professor Johnson levou um disco de lixa mais abrasivo, com isso acelerou o processo. Após finalizar os incisivos centrais, iniciei o lateral, como o tempo estava curto, comecei fazendo o elemento 12.

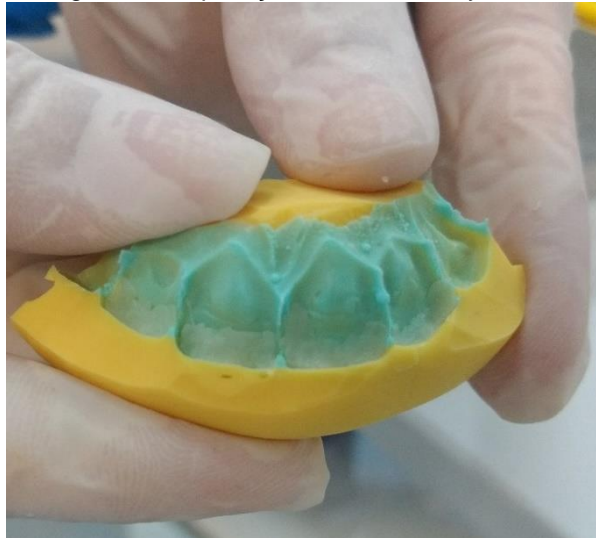
Removi o provisório, realizei profilaxia, condicionamento ácido, sistema adesivo, e repeti o processo dos centrais. Apliquei resina body na matriz, inseri na boca do paciente, removi excessos e fotoativei. Depois, fui colocando porções da resina, uniformizando as camadas e fotoativando a cada porção. Foi utilizado a matriz nas proximais também, para se fazer o perfil de emergência. Finalizado, utilizei o disco de lixa, para ir dando um acabamento e acertando as arestas. Checagem de oclusão com o carbono.

Na semana seguinte, seria o último dia de clínica, então, teria que finalizar todo o tratamento. Na parte da manhã, removi o provisório do elemento 22, realizei profilaxia, condicionamento ácido, sistema adesivo, apliquei resina body na matriz, inseri na boca do paciente, fotoativei. Depois, fui acrescentando porções de resina e fotoativando, até finalizar. Dei acabamento com disco de lixa. Depois, removi a faceta do elemento 13, era o único elemento que até então, não havia removido a faceta. Após remoção, foi realizada profilaxia, condicionamento ácido, sistema adesivo, aplicação da resina body na matriz, inseri na boca, fotoativei e depois, acrescentando porções a mão livre e fotoativando. Acabamento com disco de lixa.

Neste momento, o paciente já estava muito contente, pois ele já estava vendo praticamente o resultado final. O paciente foi liberado e foi pedido para retornar na parte da tarde.

Na parte da tarde, faltava apenas o guia canino do elemento 43, então realizei abrasão no elemento com disco soflex, condicionamento ácido (30 segundos e lavei pelo dobro do tempo), sistema adesivo, apliquei resina body na matriz, inseri a matriz na boca do paciente e fotoativei. Depois completei com a resina onde ainda precisava e fotoativei.

Figura 86 - Aplicação da resina body na matriz



Fonte: Arquivo pessoal.

Figuras 87 – Inserção da matriz e remoção dos excessos de resina composta, em especial nas proximais.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 88 - Face palatina pronta.



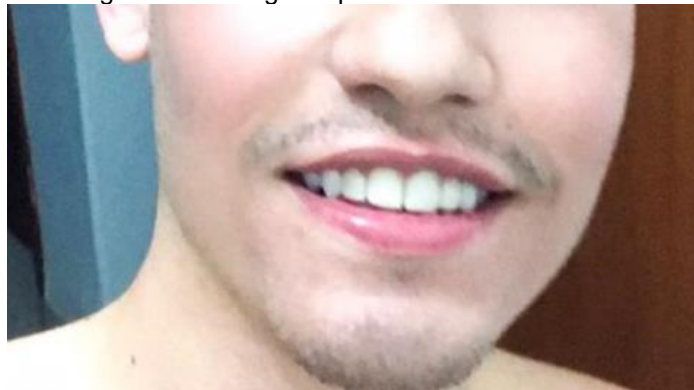
Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 89 – Resultado final.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 90 – Imagem após tratamento realizado



Fonte: imagem cedida pelo paciente

Após todos os elementos já restaurados, realizei o acabamento e polimento, que é muito importante para a duração da qualidade da resina como cor, brilho, lisura . Usei discos de lixa, lâmina de bisturi 11 e borrachas para resina composta com contra ângulo. Durante o acabamento, tive uma atenção especial nas arestas, e observei se os dentes acompanhavam corretamente o desenho do arco dentário, para que ficasse o mais parecido com o enceramento diagnóstico realizado que foi de escolha do paciente (Figura 89) .

Todos os materiais restauradores apresentam limitações em vários aspectos, porém, deve apresentar maior lisura superficial, pois, irá minimizar a quantidade de placa retida na restaurações, evitando alterações nas margens gengivais, aumentando assim a longevidade da restauração e mantendo a estética (PONTES et al., 2009). O paciente ficou extremamente contente com o resultado, superando suas expectativas. O próprio paciente durante as semanas seguintes, me enviou algumas fotos para mostrar o quanto estava contente com o tratamento realizado (Figura 90). O prognóstico deste caso é bom, pois, como ainda reabilitamos o guia canino, as

chances de ocorrerem fraturas nas restaurações são mínimas, e como conseguimos um bom acabamento e polimento, as restaurações terão boa durabilidade estética.

2.5 Apresentação das atividades desenvolvidas por Thayná Gabrielle Pereira

Inspirada no tratamento do meu filho, que nasceu com fissura lábio-palatina, me encantei pela Odontologia, pela capacidade da profissão em reconstruir sorrisos e elevar a autoestima dos pacientes, além de devolver forma e função aos dentes e estruturas da face. No decorrer do curso, obtive muito conhecimento e aprendizado com professores de grande sabedoria que passaram para mim, o verdadeiro sentido da Odontologia e suas dimensões em diversas áreas e disciplinas. Pude assim, me identificar com algumas; uma delas é a Ortodontia, na qual tive oportunidade de desempenhar a atividade de monitoria que foi extremamente proveitosa pois, contribuiu em muito na habilidade e conhecimento, e ainda, para a escolha da área de especialização. Posso afirmar que o desejo de atuação na área se mostra cada vez mais evidente. Sendo assim, a Ortodontia foi a eleita por mim para realização das Atividades Específicas e Vocacionais, desenvolvidas durante o 9º e 10º período do curso de Odontologia.

Inicialmente, tivemos aulas teóricas que logo se aliaram às práticas com treinamento no Typodont (Figura 91) e, posteriormente iniciamos os atendimentos em pacientes.

Figura 91 – Foto do Typodont.



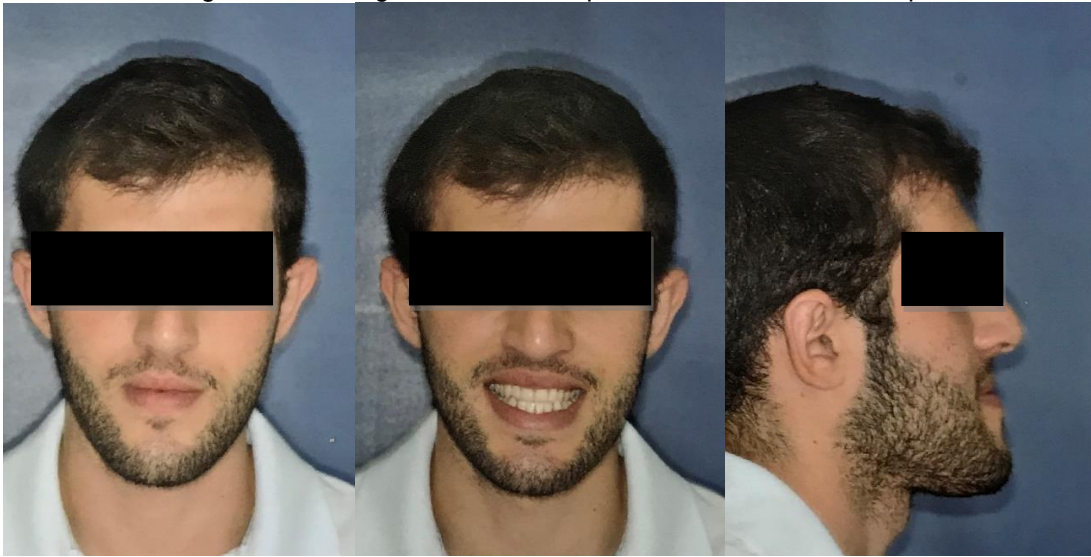
Fonte: Arquivo pessoal.

O typodont é um tipo especial de articulador que permite a reprodução dos vários tipos de má oclusão, numa situação muito próxima da realidade. Esse tipo de articulador é utilizado com o intuito de simular o tratamento ortodôntico com diferentes aparelhagens, permitindo ao praticante a realização de diferentes tipos de exercícios inerentes ao aspecto mecânico da movimentação dentária. Dessa forma, pode-se adquirir a noção de todas as etapas do tratamento ortodôntico, bem como os efeitos de cada procedimento realizado. É possível, portanto, visualizar que a movimentação dentária é conseguida a partir de sistema de forças aplicadas sobre os dentes que implicam ação e reação. O typodont é constituído por uma parte fixa (plataforma de suporte inferior e duas hastas verticais e paralelas), onde é fixada a base inferior para montagem dos dentes inferiores, e uma parte móvel (plataforma superior e haste horizontal) que recebe a base e os dentes superiores. Os dentes do typodont podem ser metálicos ou de acrílicos e neles são colocados os braquetes e cimentadas as bandas em que se soldam os acessórios indicados para a técnica ortodôntica selecionada. Por estarem fixadas em base de cera, os dentes podem ser movimentados, pois a cera é amolecida quando colocada em água quente. Tendo em vista que o typodont é um excelente dispositivo para treinamento ortodôntico, e com o objetivo de facilitar o entendimento da mecânica em Ortodontia (VEDOVELLO FILHO et al., 2005. p. 11).

2.5.1 - Atividades desenvolvidas

O caso a seguir foi iniciado na clínica de Atividades Específicas e Vocacionais de Ortodontia, em 2016, e em 2019, a continuação foi realizada por mim, Thayná Gabrielle Pereira, com a supervisão do professor José Norberto de Oliveira Junior (Figura 92).

Figura 92 – Fotografias iniciais do paciente – frontal sorriso e perfil



Fonte: Da documentação do paciente (2016).

Paciente do gênero masculino, 20 anos de idade, apresenta Padrão Facial tipo III com pouca presença de maxila e uma protrusão mandibular acentuada herdada geneticamente. De acordo com a classificação de Angle, o paciente ainda apresenta má oclusão de Classe III, no qual a cúspide mesio-vestibular do primeiro molar superior oclui distalmente ao sulco principal do primeiro molar inferior e o canino superior oclui distalmente à ameia do canino inferior e o 1º pré-molar (Figuras 93, 94 e 95).

Conforme Capelozza Filho (2004), foi diagnosticado que o paciente apresenta perfil facial côncavo, ângulo naso-labial aumentado, sulco mentolabial pouco pronunciado e linha queixo-pescoço aumentada (Figuras 93.1, 93.2 e 93.3) mostrando ser um Padrão III, o que pode ser confirmado na teleradiografia.

Entretanto, durante a análise clínica, o paciente relatou uma história de tratamento ortodôntico compensatório prévio, no qual foi realizada a extração dos pré-molares inferiores com o intuito de compensar a má oclusão de Classe III esquelética, porém sem sucesso, permanecendo assim o padrão facial tipo III e a má colusão dentária de Classe III.

Segundo Silva Filho e Lara (2013), o Padrão III está vinculado a inúmeras combinações faciais dentárias que resultam em alterações que deixam o aspecto facial quase sempre desarmônico. As características do Padrão III envolvem retrognatismo maxilar, inclinação vestibular dos incisivos superiores, prognatismo

mandibular, inclinação lingual dos incisivos inferiores e excesso de altura facial anterior inferior.

Nesta sequência de fotos intra-orais, podemos observar Classe III de Angle direita e esquerda de molares e caninos e presença de diastema na arcada inferior devido à extração ortodôntica dos primeiros pré-molares feita no tratamento anterior (Figuras 93, 94, 95, 96 e 97), com o intuito de tentar compensar a má oclusão de Classe III.

Figura 93 – Foto intra-oral frontal (inicial)



Fonte: Da documentação do paciente (2016).

Figura 94 – Foto intra-oral lateral direita.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 95 – Foto intra-oral lateral esquerda.



Fonte: Da documentação do paciente (2016).

Figura 96 – Foto intra-oral oclusal superior (inicial) mostrando boa forma de arco.



Fonte: Da documentação do paciente (2016).

Figura 97 – Foto intra-oral oclusal inferior mostrando diastemas nos dentes anteriores e boa forma do arco.



Fonte: Da documentação do paciente (2016).

Conforme descrito por Capellozza Filho (2004, p. 247), os pacientes que possuem um Padrão Facial Tipo III apresentam as seguintes características morfológicas:

Projeção zigomática: a expressão facial de terço médio tende a estar prejudicada nos indivíduos Padrão III. Embora o zigomático possa estar normal ou deficiente, mesmo quando a maxila for normal. Nessa circunstância, a má oclusão do Padrão III estará sendo criada pela mandíbula que, amentada, deslocará para frente o tecido mole de recobrimento do terço inferior da face, aplainando o sulco nasogeniano, e mascarando a leitura da projeção zigomática. O diagnóstico da qualidade maxilar, nessa situação, deverá ser feito por meio da depressão infra-orbitária. Se a maxila for boa e, conseqüentemente, o zigomático estiver normal, a depressão infra-orbitária estará presente, mesmo na ausência do sulco nasogeniano.

Ângulo nasolabial: como sugere o nome, define a relação do lábio superior com o nariz, com a intenção de definir, aceitando o nariz como referencial, a posição do lábio superior e da porção dento-alveolar da maxila. Como a posição labial guarda estreita correlação com a posição dos incisivos superiores, conclusões sobre essa avaliação só são consistentes se levarem em conta a influência deles sobre a construção do ângulo. Se tiver uma maxila normal e incisivos superiores bem posicionados, o ângulo naso-labial será bom. Nessa situação, o padrão seria denominado por prognatismo mandibular. Esse ângulo também pode ser bom quando a maxila está retrusa e os incisivos superiores compensados com inclinação vestibular. Como já foi considerado, descartando a influência dentária, descobrir-se-á a retrusão maxilar. Se o ângulo nasolabial estiver bem aberto, a retrusão maxilar é o diagnóstico permitido. Considerando a ocorrência constante da compensação dentária, esse ângulo está frequentemente fechado nos indivíduos do Padrão III, mesmo em uma maxila boa e aceitável.

Altura facial anterior inferior: repete-se aqui o descrito para o exame frontal, valendo confirmar a forte correlação entre seu aumento, a presença e a gravidade do prognatismo.

Lábios e sua relação: essas estruturas são avaliadas no perfil por uma perspectiva capaz de muitas informações. O lábio inferior à frente do superior é sinal incontestado do indivíduo Padrão III, principalmente quando a compensação dentária se esgota, sem conseguir normalizar o trespasse horizontal. Ao contrário, se a relação antero-posterior dos lábios não é essa, deve-se estar diante de uma compensação dentária efetiva, que será representada por um ângulo naso-labial fechado ou um sulco mentolabial discreto ou inexistente, que recoloca o lábio atrás do mento no plano facial (CAPELOZZA FILHO, 2004, p. 247).

Conforme definição proposta por Ferreira (1997), é de grande importância que o ortodontista se preocupe em ter uma ficha clínica completa, tanto como subsídio para o diagnóstico e plano de tratamento, como para sua garantia a possíveis problemas legais.

Diante disso, é de suma importância que todo paciente deve possuir uma documentação que contenha: ficha devidamente preenchida com o maior número de informações possíveis, radiografia panorâmica, telerradiografia, traçado cefalométrico, fotografias intra e extra-orais e modelos de gesso recortados adequadamente (Figuras 98, 99, 100 e 101).

Figura 98 – Foto da Radiografia Panorâmica



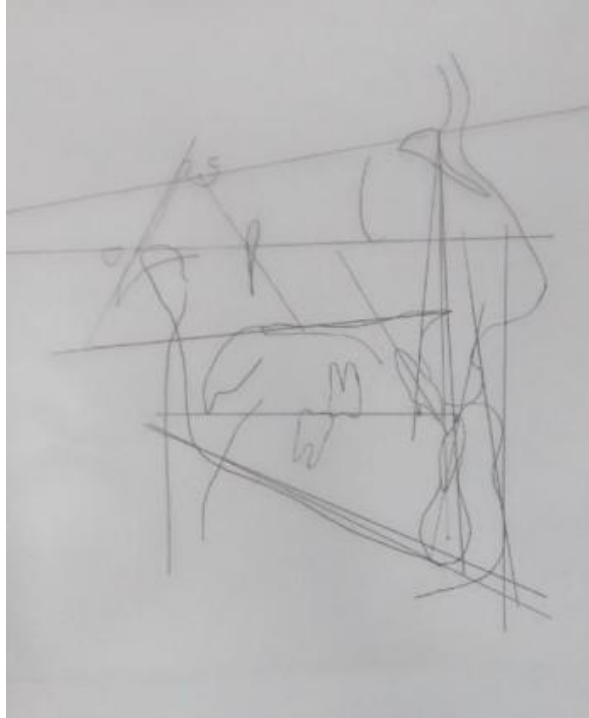
Fonte: Do prontuário do paciente (2016).

Figura 99 – Foto da Telerradiografia (inicial).



Fonte: Prontuário do paciente (2016).

Figura 100 - Foto do traçado cefalométrico (inicial).



Fonte: Do prontuário do paciente (2016).

Figura 101 – Modelo de Gesso do paciente mostrando mordida cruzada anterior



Fonte: Arquivo pessoal.

2.5.2 - Plano de Tratamento

Para correção dessa desarmonia esquelética foi indicado uma abordagem multidisciplinar ortodontia + cirurgia ortognática, afim de corrigir aspectos funcionais, mastigatórios, oclusais e estéticos. Obtendo ao final do tratamento uma correção da má oclusão dentária e esquelética além de uma melhora na harmonia e estética facial

proporcionando assim, uma sensação de maior bem-estar ao paciente. Durante o tratamento ortodôntico deve ser realizada a descompensação dentária, através da correção da inclinação e do posicionamento dos dentes, agravando assim a Classe III dos molares, de caninos e um aumento da sobressaliência negativa. Após a preparação ortodôntica deve ser realizado o procedimento cirúrgico, promovendo um avanço maxilar associada a retrusão mandibular no sentido de compensar o degrau esquelético apresentado pelo paciente. Após a cirurgia, deve-se finalizar o tratamento ortodôntico através da correta intercuspidação dos dentes para posterior remoção do aparelho fixo e instalação das contenções.

Conforme Cunha, Santos-Coluchi e Souza (2011), a Ortodontia na fase pré-cirúrgica, em casos de Padrão III com deformidades faciais em adultos, visa o alinhamento e o nivelamento dentário sem a finalidade de reduzir ou corrigir a desproporção esquelética, que são alcançadas no ato cirúrgico.

A cirurgia ortognática trata da correção cirúrgica das deformidades dentofaciais e a sua importância encontra-se não só na correção da oclusão, mas também da estética facial. Isto significa que os aspectos psicossociais estão diretamente relacionados a este tipo de tratamento, pois a aparência facial influencia a formação da imagem corporal, da identidade e da autoestima (NICODEMO; PEREIRA; FERREIRA, 2007, p.47).

Uma das regras primárias para o tratamento ortodôntico em casos com indicação cirúrgica é a descompensação. Desse modo, os incisivos inferiores precisarão ser angulados, inclinados e protruídos e os caninos angulados para mesial. Esse procedimento, associado à correção do vestíbulo versão dos incisivos superiores e da verticalização dos caninos quando eles estiverem muito angulados, vai criar um trespassse horizontal negativo e expor a discrepância esquelética maxilo-mandibular por meio da cirurgia ortognática (CAPELOZZA FILHO, 2004).

2.5.3 - Tratamento Realizado

Foi realizada a instalação do aparelho fixo e iniciou-se o alinhamento e nivelamento com arcos de memória de forma, níquel/titânio (figuras 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108 e 109).

Figura 102 – Foto intra-oral frontal.



Fonte: Da documentação do paciente.

Figura 103 – Foto intra-oral lateral direita.



Fonte: Da documentação do paciente.

Figura 104 – Foto intra-oral lateral esquerda.



Fonte: Da documentação do paciente.

Figura 105 – Foto intra-oral oclusal superior



Fonte: Da documentação do paciente

Figura 106 – Foto intra-oral oclusal inferior.



Fonte: Da documentação do paciente

Figura 107 – Foto intra-oral frontal.



Fonte: Da documentação do paciente.

Figura 108 – Foto intra-oral lateral direita.



Fonte: Da documentação do paciente.

Figura 109 – Foto intra-oral lateral esquerda.



Fonte: Da documentação do paciente.

Figura 110 – Foto intra-oral frontal. (evolução arco redondo)



Fonte: Da documentação do paciente.

Durante o alinhamento e nivelamento, é comum ocorrer a abertura de espaço entre os dentes permitindo o correto alinhamento dos mesmos. Sendo assim se torna necessário o uso de elástico corrente para fechamento dos espaços remanescentes e correta preparação da oclusão para realização cirúrgica (Figuras 111, 112, 113, 114 e 115).

Figura 111 – Foto intra-oral lateral direita (evolução arco redondo)



Fonte: Da documentação do paciente.

Figura 112 – Foto intra-oral lateral esquerda (evolução arco redondo)



Fonte: Da documentação do paciente.

Figura 113 – Foto intra-oral frontal. (evolução arco retangular)



Fonte: Da documentação do paciente.

Figura 114 – Foto intra-oral lateral direita (evolução arco retangular)



Fonte: Da documentação do paciente.

Figura 115 – Foto intra-oral lateral esquerda (evolução arco retangular)



Fonte: Da documentação do paciente.

Após o nivelamento e alinhamento com fios NiTi, foi realizado a evolução do alinhamento com arcos redondos e retangulares de aço para a correto posicionamento dos dentes. Associado aos arcos de aço foi orientado o uso de elásticos intermaxilares de Classe II que promovem uma rápida descompensação da Classe III e um aumento da sobressaliência negativa do paciente (Figuras 118, 119 e 120), ou seja, o aumento da mordida cruzada anterior e uma “piora da Classe III” (Figuras 115, 116 e 117). Este procedimento é extremamente importante para realização da cirurgia ortognática porque permite uma maior correção esquelética no sentido antero-posterior e aliado a isto uma grande melhora estética facial do paciente.

Figura 116 – Foto intra-oral frontal



Fonte: Da documentação do paciente.

Figura 117 – Foto intra-oral lateral direita



Fonte: Da documentação do paciente.

Figura 118 – Foto intra-oral lateral esquerda



Fonte: Da documentação do paciente.

Figura 119 – Foto intra-oral frontal



Fonte: Da documentação do paciente.

Figura 120 – Foto intra-oral lateral direita



Fonte: Da documentação do paciente.

Figura 121 – Foto intra-oral esquerda



Fonte: Da documentação do paciente.

Após o nivelamento e alinhamento com fios NiTi, foi realizado a evolução do alinhamento com arcos redondo e retangulares de aço para a correto posicionamento dos dentes. Associado aos arcos de aço foi orientado o uso de elásticos intermaxilares de Classe II que promovem uma rápida descompensação da Classe III e um aumento da sobressaliência negativa do paciente, ou seja, o aumento da mordida cruzada anterior e uma “piora da Classe III”. Este procedimento é extremamente importante para realização da cirurgia ortognática porque permite uma maior correção esquelética no sentido antero-posterior e aliado a isto uma grande melhora estética facial do paciente.

No tratamento anterior, foi realizado a tentativa de compensação da Classe III, o que dificultou ainda mais a descompensação a ser realizada para a preparação para cirurgia, nesse novo tratamento. Isto porque durante a realização do primeiro tratamento foi tentado a compensação do caso somente através da ortodontia movimentando os dentes no sentido contrário ao movimento necessário para a

preparação do caso para realização de cirurgia ortognática, ou seja, o movimento realizado nos dentes no primeiro tratamento caminhou ao contrário do movimento desejado para o segundo tratamento.

Por este motivo, não será possível demonstrar as etapas finais, bem como o final do tratamento ortodôntico e o resultado pós cirúrgico, já que o término do curso será em dezembro de 2019 e o tratamento ainda está em andamento. Porém, até a finalização deste trabalho, as etapas do tratamento foram realizadas com bastante sucesso dentro do que foi planejado para o preparo cirúrgico. No entanto, paciente já está sendo liberado para realização da cirurgia ortognática. Após cirurgia o paciente continuará o tratamento ortodôntico na clínica de Atividades Específicas e Vocacionais de Ortodontia para a correta intercuspidação e finalização do caso, previsto para o final do ano de 2019 ou meio de 2020.

3 AUTO AVALIAÇÃO

3.1 Auto avaliação da aluna Andréia Alves Rocha

Após uma grande mudança, cresceu em mim a necessidade de conquistar algo permanente. Descobrir o curso de Odontologia no UNILAVRAS, através de conhecidos, abriu janelas para o vislumbre de uma nova conquista.

Durante a graduação foram diversos os obstáculos, porém eles só fizeram aumentar o valor de cada triunfo.

Através da experiência adquirida com essa vivência clínica eu pude perceber que há uma necessidade de transformação da perspectiva da odontologia e evolução dos materiais restauradores.

Aspectos biológicos, funcionais e estéticos estão associados a variações de comportamento. A desarmonia facial pode ocasionar distúrbios sociais, como era a condição da minha paciente. Um dos principais desejos dela era o de sorrir para fotos. E com a realização do procedimento, posteriormente ao correto diagnóstico e planejamento detalhado, essa circunstância pode ser corrigida.

Pensando em tudo que nos foi passado durante esses cinco anos, somado a esse aprendizado, eu pude notar a importância de uma Odontologia contemporânea, com foco não apenas voltado para as doenças bucais, e sim para o paciente como um todo, com anseios e expectativas.

E após a realização desse caso clínico eu pude ter certeza de qual especialidade odontológica eu devo fazer em seguida à formatura, que será Dentística. Onde eu irei executar procedimentos estéticos que irão mudar vidas e mais do que remuneração monetárias, eu irei carregar comigo gratificações memoráveis.

3.2 Auto avaliação da aluna Carolina Nunes de Sousa

Meu nome é Carolina Nunes De Sousa, tenho 24 anos, natural de Campo Belo MG, atualmente cursando odontologia no Centro Universitário de Lavras.

Des de criança eu sempre gostei da área da saúde, por ter uma irmã enfermeira e um amigo do meu pai que é dentista, achava lindo usar roupas brancas e saber que estava cuidado das pessoas. E antes de começar a fazer os vestibulares eu já havia escolhido a Odontologia, por que eu usei muitos anos aparelho ortodôntico e gostava

muito de ir ao dentista, sempre admirei as pessoas que trabalhava na área da saúde e então quis fazer parte dessa equipe.

Durante minha vida acadêmica sempre tive muito apoio de meus familiares, através de meu pai comecei, a gostar da área de cirurgia pois ele precisou de um tratamento que a envolvia, com muito medo realizei algumas extrações. Me lembro como se fosse hoje, eu estava com medo por que sabia que meu pai deixou os dentes acabarem por ter medo, a responsabilidade era grande, mas minha dupla que era a Andréia, estava do meu lado me acalmando sempre falando comigo que iria dar tudo certo e é assim até hoje, sou muito grata pela nossa amizade, depois tive o privilégio de ser dupla também das minhas outras amigas, Mayara e Maria Luiza, que sempre estiveram do meu lado. O professor José Luís Rigato, tem grande participação na minha admiração pela área de cirurgia também, ele sempre teve muita paciência, sempre me ensinando e me apoiando nos meus procedimentos.

No segundo ano de faculdade aconteceu uma coisa que me marcou bastante, no final do segundo ano eu precisava fazer uma prova que todos falavam que seria impossível conseguir, então eu já comecei a ficar desesperada, pois sabia que meu pai estava fazendo de tudo para me manter na faculdade e imaginei que ele iria ficar muito triste. Comecei a olhar minha transferência pra outra faculdade, eu não acreditava que eu ia conseguir. Morrendo de medo fui contar o que estava acontecendo para meu pai, imaginei levar muitos xingos, contei já estava quase chorando, mas a reação dele foi tudo que eu não imaginava, ele simplesmente disse assim: você vai conseguir, eu vou te ajudar, vamos para roça, só nos dois e vamos estudar até o dia da sua prova, não precisa se preocupar nem com almoço, pode ficar estudando que eu vou fazer tudo e vou te ajudar!

E eu consegui, talvez se ele não tivesse essa atitude eu não estaria formando no Unilavras, que era onde eu queria. Vi também que meu pai tinha mais qualidade que eu imaginava.

Logo depois eu tive a oportunidade de atender minha tia e fazer um caso diferente, que me ajudou a decidir a área que eu quero seguir que é a cirurgia. A minha paciente é mais que uma tia para mim, sempre me acompanhou, sendo muito presente em minha vida, o meu medo era grande de extrair seu dente pois sabia que ela estava triste por perder um dente. Logo pensei, que ela, uma pessoa sempre muito cuidadosa, saudável, sempre muito preocupa com sua saúde, sabia que para ela perder um dente seria péssimo, mas mesmo assim ela estava feliz por que iria resolver

sua dor e também por estar me ajudando, pois poderia fazer todo o procedimento necessário em sua cidade mas preferiu ser atendida por mim, isto foi gratificante, pois sabia que minha tia estava segura, confiou em mim, me fez acreditar que seria capaz de fazer esse procedimento.

3.3 Auto avaliação da aluna Maria Luiza Mizael Vilela

Ter entrado no curso de Odontologia na UNILAVRAS foi a realização de um sonho que eu tinha desde os meus 13 anos, quando era paciente na especialização de Ortodontia, sonho esse que só cresceu com o passar do tempo. Desde pequena eu sempre adorei ir ao dentista e com as consultas mensais com o Dr. Breno na especialização, fui criando um contato maior, chegava a ficar ansiosa para a data de retorno mesmo com o incomodo que o aparelho me causava. Durante esse período também tive a oportunidade de conhecer o Professor Gilberto e o Júnior, sempre brincavam comigo, e eu não imaginava tê-los como meus professores.

Aos meus 17 anos eu ingressei no curso, a segunda aluna mais nova da turma, meu irmão do meio que ia ao Ortodontista comigo na mesma época já havia entrado no Curso de Odontologia lá há dois anos e durante esse tempo eu só me apaixonei mais ainda pela área, pelas coisas que ele me contava, pela sua empolgação quando comprou a primeira lista de materiais, suas experiências e amizades.

Foi um momento conturbado quando eu entrei no curso, pois meus pais já tinham o gasto financeiro com meu irmão na faculdade e eu não tinha condições, mas graças a Deus eu consegui o FIES depois de pouco tempo e tudo se ajustou.

Hoje eu não me imagino sem a Odontologia, eu não me canso de falar do quanto a nossa profissão é linda e o quanto eu quero viver disso para o resto da minha vida. Sinto-me completamente realizada em fazer esse curso na UNILAVRAS, com professores tão capacitados e humanos, com a qualidade que se tem nas clínicas para que possamos oferecer um bom atendimento para os nossos pacientes, com funcionários qualificados e com tantas pessoas boas e queridas, me sinto privilegiada.

No decorrer do curso me identifiquei com diversas áreas, na medida em que conhecia, ia gostando, um pouco mais de umas do que outras, mas sempre gostei de tudo e isso me intrigava. Foi muito difícil para eu decidir as disciplinas que eu deveria optar para Atividades Vocacionais justamente por isso, mas sempre notei que ao fazer uma cirurgia o que eu sentia era diferente de qualquer outro procedimento, o que me

fez coloca-la em primeira escolha e depois de muita dúvida optei por Prótese para o 10º período.

Durante a Atividade Vocacional de Cirurgia, tive a oportunidade de fazer a minha primeira Instalação de Implante e foi a experiência mais incrível do curso para mim. Desde que tivemos as aulas práticas de implante no laboratório, eu gostei muito e prometi para mim que eu não sairia da faculdade sem realizar um procedimento desses, que iria correr atrás e me preparar para isso, felizmente deu tudo certo e não vejo a hora de fazer o próximo.

A escolha desse caso clínico para tema desse Portfólio se faz por diversos motivos. Além de ter sido o procedimento que eu mais gostei de fazer, foi em uma pessoa muito querida em minha vida e foi crucial para me direcionar em relação ao que quero me especializar quando eu concluir essa etapa. Vencer toda insegurança por ser a primeira vez de um procedimento que poucos têm a oportunidade de fazer ainda durante o curso foi muito gratificante.

O Professor José Luiz Rigato foi essencial nesse processo, me ajudou muito em tudo o que eu precisei e me total apoio para fazer o que tinha de ser feito mesmo que estivesse sendo pela primeira vez. Tudo o que vivi durante as Atividades Vocacionais de Cirurgia me proporcionou experiências e sensações incríveis, me fez entender o quão me identifico com a área, amadurecer e aprender muito. Senti-me extremamente realizada por ter alcançado esse objetivo e por isso hoje tenho uma opção praticamente definida de especialização para seguir minha vida profissional.

3.4 Auto avaliação da aluna Mayara Rodarte

Durante toda minha vida gostei muito de ajudar as pessoas, a fazer o bem, e durante o ensino médio já pensava em cursar alguma área da saúde. Assim que terminei o ensino médio, havia sido aprovada em algumas faculdades de odontologia pelo Enem, porém, sempre fui muito tímida e medrosa, então tive muito medo de ir embora e ficar longe dos meus pais. Fiquei durante 1 ano na minha cidade sem fazer nada, e comecei a ver minhas amigas indo embora, indo atrás dos seus sonhos e eu estava deixando oportunidades passarem. Foi quando decidi que queria fazer a faculdade e ir embora. Fiz por mais um ano a prova do Enem, porém, senti que não havia ido tão bem quanto antes, talvez pela pressão que coloquei em mim mesma, que desta vez eu deveria ir embora, cheguei em casa após a prova chorando.

Quando no final do ano de 2013, vi o anúncio de vestibular do curso de Odontologia no Unilavras, me interessei e resolvi fazer. Fui aprovada, porém, meu pai estava com medo de me deixar ir e depois ter que pedir para eu voltar por não conseguir me manter no curso, se eu não conseguisse uma bolsa, seria impossível permanecer. Sabendo disto, conseguimos dinheiro emprestado com meu avô, para que eu pudesse realizar a matrícula, e então, comecei os estudos. Naquela época, o Fies, era bem difícil de conseguir, pois, era quem conseguia se cadastrar primeiro no site, e me lembro de vários colegas de classe, levando notebooks para as aulas para tentarem fazer, e meus pais, sempre ficavam tentando pra mim, virando dia e noite, até que minha mãe me liga às 6 horas da manhã para me contar que havia conseguido a bolsa do Fies para mim. Ficamos extremamente contentes e eu muito aliviada pois, saberia que poderia continuar buscando a realização do meu sonho. Deus foi tão maravilhoso comigo, que após 2 dias que consegui o Fies, consegui a bolsa do Prouni. Pronto, estava tudo perfeito.

Depois, tive que enfrentar vários medos, além da insegurança de estar longe dos meus pais. Sempre tive muito medo de cadáveres, e logo no primeiro ano, tive a disciplina de Anatomia, confesso que foi um dos momentos mais difíceis pra mim até então, porém, enfrentei e hoje nem tenho tanto medo mais. Enfrentei a insegurança e timidez de conversar com meus pacientes durante a graduação, e assim fui crescendo e me redescobrimo cada vez mais.

Durante a graduação, teve um paciente em especial que me marcou muito. Na disciplina de Clínica Integrada, tive um paciente novo de apenas 17 anos, muito simples, morava na roça, não tinha nem telefone para que eu pudesse comunicar com ele, sempre tinha que ligar para a vizinha lhe dar o recado. Por ser de menor de idade, sempre ia acompanhado de seu pai. Este paciente chegou todo tímido, e nada fazia com que ele sorrisse. Descobri então, que ele havia sofrido acidente de moto e fraturado o incisivo central superior, o elemento 11, além disso, percebi que era um paciente completamente descuidado da sua higiene bucal, necessitando de vários tratamentos dentários. Pois comecei a realizar seu tratamento, foi meu primeiro paciente de Endodontia e Prótese, estava completamente com medo, mas ele, estava ali, confiando em mim, queria que eu o atendesse, então pensei: se ele me acha capaz é porque sou. E começamos o tratamento, aos poucos ele foi se abrindo mais, e passou a gostar de ir à clínica. Quando coloquei a coroa provisória, pedi para que olhasse no espelho e ver se gostou, e ele se negou. Então insisti, dizendo que se

chegasse em casa e não gostasse, não poderia mudar, foi quando ele se olhou no espelho e começou a chorar, junto com ele chorei também.

Após este dia, nunca mais tive notícias, se ele havia continuado o tratamento ou não, como era difícil a comunicação com ele, nunca mais tive contato. Foi quando no final do ano de 2018, o encontrei por acaso no centro da cidade de Lavras, e ele me reconheceu, me cumprimentou e eu, mais que depressa perguntei se ele havia continuado o tratamento, foi quando ele me disse que parou o tratamento no Unilavras e foi continuar em uma clínica particular, onde realizou várias extrações, instalação de implantes, coroa sob implante, e ouvir ele me dizendo tudo isso, me fez a pessoa mais feliz do mundo, pois sei das dificuldades financeiras dele para realização destes tratamentos, porém, vi que mudei o hábito dele, a forma como ele pensava em cuidar dos seus dentes, e o melhor, ele estava sorrindo todo tempo.

Durante minha graduação, cresci como pessoa e profissional, aprendi o quanto temos que ser generosos e ter empatia pelos outros, o quanto precisamos dar carinho e atenção para as pessoas, e não somente um tratamento. Para a realização do meu caso descrito neste portfólio, tive que ir além, tive que ter persistência pois o tempo era restrito, não iria dar tempo de concluir, mas eu fui firme tanto pela minha vontade de realizar este caso, quanto pelo meu paciente.

Concluo dizendo que, eu quero ser uma profissional que não apenas “conserta” as coisas, que não apenas realize os tratamentos e pronto, eu quero mudar os hábitos dos meus pacientes, quero que eles vejam que cuidar da saúde bucal é tão importante quanto se preocupar apenas com a estética, pois os dois andam juntos. Quero seguir na área estética, pois gosto muito de como é possível mudar a vida de alguém. Com certeza, a Odontologia foi a escolha mais certa que fiz em minha vida, levarei comigo todos os ensinamentos e aprendizados ali passados, e todas as minhas experiências que tive durante estes 5 anos de graduação.

3.5 Auto avaliação da aluna Thayná Gabrielle Pereira

Ao concluir o ensino médio, em 2013, já havia decidido optar por um curso superior da área da saúde. A princípio escolhi Fisioterapia, porém, ao decorrer do mesmo não me identifiquei e o interesse pelo curso de Odontologia surgiu após

acompanhar o caso e as cirurgias do meu filho, hoje com 6 anos, que nasceu com fissura lábio palatina transforame bilateral completa. No ambiente de tratamento dele, pude conhecer pessoas que nasceram com anomalias parecidas e despertou em mim o desejo de poder ajuda-las de alguma maneira e foi aí, que surgiu a vontade de cursar Odontologia. Diante disso, decidi transferir o curso e me encontrei na odontologia. Me recordo como se fosse ontem, de assistir as aulas do professor Johnson e logo nos primeiros contatos, ficar admirada com o quão linda é a Odontologia e o que ela pode proporcionar.

No decorrer do curso, quando tive contato e aprendi um pouco sobre a Ortodontia, associei esta àquelas pessoas, já que, é uma das fases mais importantes no tratamento delas. Por esse e outros motivos, eu me apeguei bastante nesta área. Logo depois, tive a oportunidade de ser monitora nessa disciplina, o que contribuiu para o meu aprimoramento e maior aprendizado. A partir daí, ela foi a escolha para minha Atividade Específica e Vocacional. Nessa nova etapa, caiu em minhas mãos um caso de descompensação e preparo ortodôntico para cirurgia ortognática de correção de Padrão III, no qual associei à algumas fases do tratamento de anomalias faciais em que meu filho e pessoas que pude conhecer, são submetidas. Nesse momento, pensei no quanto é importante nos colocarmos no lugar do paciente e fazer o melhor para ele, principalmente naquilo que ele mais queixa, pois, em algum momento, no lugar daquele paciente, poderá ser nosso filho, nossos pais, uma pessoa querida ou até mesmo, nós. Foi aí que refleti sobre como tudo caminhou nos trilhos certos para que eu chegasse até a vontade despertada em meu coração antes mesmo de conhecer qualquer tipo de coisa sobre essa área. Acredito ser propósito de Deus em minha vida. A partir daí, tive a certeza que a Ortodontia será a minha futura especialidade.

Hoje, eu tenho a total certeza que estou trilhando o caminho certo. Até aqui foram muitos desafios e muitas experiências que me fizeram amadurecer e olhar a vida de forma diferente. A Odontologia além de todo conhecimento, também contribuiu para meu crescimento pessoal, pois me fez conhecer melhor o lado humano das pessoas e, ver o sorriso e a satisfação dos pacientes após o tratamento, é muito gratificante. Minha evolução até aqui é nítida, e com todo suporte que tive pelos professores, me sinto preparada para novos desafios. Mas nada disso seria possível sem o apoio incondicional e o incentivo dos meus pais, do meu filho e da minha família

que sempre acreditaram em mim, sempre foram a base de tudo e o fator primordial para que eu chegasse até aqui. O sentimento de gratidão é imensurável!

Ressalto a importância que esse portfólio tem para minha formação e para minha vida pessoal, além da satisfação em poder contribuir no tratamento do paciente que é um grande amigo, no qual convivo diariamente.

Com toda certeza, me sinto realizada e sou completamente feliz em ter escolhido essa profissão!

4 CONCLUSÃO

Ao elaborar este portfólio compreendemos o quanto todo caminho foi significativo para o nosso progresso pessoal e profissional. O curso nos proporcionou no decorrer destes cinco anos uma construção de conhecimento aliada à prática odontológica, através da interdisciplinaridade das várias especialidades da Odontologia.

Os professores souberam nos encaminhar nas atividades, nos auxiliando durante as fases de diagnóstico, planejamento e execução do plano de tratamento. E com a consolidação deste trabalho foi possível aprofundar melhor os temas descritos anteriormente e expandir nossa competência para que possamos estar mais preparados para nossa futura trajetória como profissionais da saúde.

O que fica é a sensação de dever cumprido. A saudade também será um sentimento recorrente, sempre nos lembrando que tudo valeu a pena.

Agora iniciamos uma nova etapa, porém, todo aprendizado será levado por nós, servindo como base para nos auxiliar na promoção de saúde a todos que passarem por nossas mãos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALDECOA, E. A. **Um novo enfoque na cirurgia e prótese sobre-implantes** Espanha: Team Work Media Espana, 1997. 236p.

AMORIM, A. V. do; COMUNIAN, C. R.; FERREIRA NETO, M. D'A.; CRUZ, E. F. da. Implantodontia: Histórico, Evolução e Atualidades. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, v.13, n.45, p. 36-48, 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1679/2481> Acesso em: 23 abr. 2019.

ARAÚJO, R. Z.; PINTO JÚNIOR, A. A. C.; LEHMAN, L. F. C.; CAMPOS, F. E. B.; CUNHA, J. F.; CASTRO, W. H. Análise epidemiológica de 132 casos de cirurgia ortognática. **J. Braz Coll Oral Maxillofac. Surg.** v.1, n.2, p.30-35, mai./ago., 2015. Disponível em <http://www.dentalpresspub.com/jbcoms/v01n2/30>. Acesso em: 27 abr. 2019.

BARATIERI, L. N.; MONTEIRO JUNIOR, S. **Odontologia Restauradora: Fundamentos e Técnicas.** 7.ed. Rio de Janeiro: Santos, v.1, 2018. 431 p.

BRUNHARO, I. H. V. P. Surgical treatment of dental and skeletal Class III malocclusion. **Dental Press J Orthod.** v.18, n.1, p.143-149, Jan./Feb., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/dpjo/v18n1/26.pdf> Acesso em: 26 abr. 2019.

CAMARA, C. A. . Má oclusão Classe III de Ângulo com discrepância ântero-posterior acentuada. **Dental Press J. Orthodontics**, Maringá, v.15, n. 2, p. 122-137, abr., 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-94512010000200016&lng=pt&tlng=pt Acesso em: 03 mai. 2019

CAMPOS, P. R. B. de; AMARAL, D.; SILVA, M. A. C. da; BARRETO, S. C.; PEREIRA, G. D. da S.; PRADO, M. do. Reabilitação da Estética na Recuperação da Harmonia do Sorriso: Relato do Caso. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 20, n.2, p. 227-231, mai./ago., 2015. Disponível em <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rfo/v20n2/a15v20n2.pdf>. Acesso em: 03 mai 2019.

CAPELOZZA FILHO, L. **Diagnóstico em Ortodontia.** Maringá: Dental Press, 2004. 512 p.

CARDOSO, P. C.; DECURCIO, R. A.; PACHECO, A. F. R.; MONTEIRO, L. J. E.; FERREIRA, M. G.; LIMA, P. L. A.; SILVA, R. F. Facetas Diretas de Resina Composta e Clareamento Dental: Estratégias para Dentes Escurecidos **Rev Odontol Bras Central**, v.20, n.55, p.341-347, 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-7914/2012/v20n55/a3117.pdf> Acesso em: 5 mai. 2019.

CARDOSO, R. J. A.; GONÇALVES, E. A. N. **Ortodontia/Ortopedia Funcional dos Maxilares**, São Paulo: Artes Médicas, 2002. 320 p.
CARVALHO, B.; FRITZEN, E. L.; PARODES, A. G.; SANTOS, R. B. dos; GEDOZ, L. O emprego dos anestésicos locais em Odontologia. **Revista Brasileira de**

Odontologia, Rio de Janeiro, v.70, n.2, Jul./Dez., 2013. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722013000200016, Acesso em: 10 jun. 2019.

CARVALHO, M. A. de; QUEIROZ, C. M.; MOLENA, C. C. L.; REZENDE, C P. de; PAPOPORT, A. Estudo clínico da relação do torque de inserção dos implantes e sua osseointegração. **Revista Brasileira de Cirurgia Cabeça Pescoço**, v.37, n.4, p.202-205, out./dez., 2008. Disponível em: https://www.sbccp.org.br/wp-content/uploads/2014/11/artigo_05.pdf Acesso em: 10 jun. 2019.

CARVALHO, N. B.; GONÇALVES, S. L. de M. B.; GUERRA, C. M. F.; CARREIRO, A. da F. P. Planejamento em Implantodontia: uma visão contemporânea. **Revista Traumatol. Buco-Maxilo-Facial**, Camaragibe, v.6, n.4, p.17-22, out./dez., 2006. Disponível em: <http://www.revistacirurgiabmf.com/2006/v6n4/2.pdf> Acesso em: 10 jun. 2019.

CASTILHO L. S.; PAIXÃO, H. H.; PERINI, E. Prescrição de medicamentos de uso sistêmico por cirurgiões dentistas, clínicos gerais. **Revista de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v.33, n.3, p.287-294, 1999. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89101999000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 10 jun. 2019.

CUNHA, A. C P.; COLUCHI, G. G. S.; SOUZA, L. B. R. **Ortodontia e Fonoaudiologia na Prática Clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2011.

FERREIRA, G.; LUZ, B. H. A.; GABRIELLI, M. A. C.; PEREIRA FILHO, V.A.; MONNAZZI, M. S. Estudo comparativo de duas técnicas de suturas intra-orais no trauma maxilo facial. **Rev. odontol. UNESP**, v.46, n.especial, p.0, 2017. Disponível em: <https://www.revodontolunesp.com.br/article/5a4e67c60e8825526234f275> Acesso em: 06 mai. 2019.

GARTNER, C. F.; GOLDENBERG, F.C. A importância da radiografia panorâmica no diagnóstico e no plano de tratamento ortodôntico na fase da dentadura mista. **Portal Metodista**, Universidade Metodista de São Paulo, v.17, n.33, jan./jun., 2009. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/Odonto/article/view/988/1031> Acesso em: 24 abr. 2019.

GOYATÁ, F. dos R.; COSTA, H. V.; MARQUES, L. H. G.; BARREIROS, I. D.; LANZA, C. R. M.; NOVAES JUNIOR, J. B.; MORENO, A. Remodelação estética do sorriso com resina composta e clareamento dental em paciente jovem: relato de caso. **Arch Health Invest**, v.6, n.9, p.408-413, 2017. Disponível em: <http://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/viewFile/2224/pdf>. Acesso em 04 de Maio de 2019.

MARCONDES FILHO, B.; PRADO, C. E. A. Lente de contato odontológica: estética minimamente invasiva. 2014. 27f. Dissertação (Graduação em Odontologia) – Fundação Universitária Vida Cristã, Pindamonhangaba, 2014. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.funvicpinda.org.br:8080/jspui/bitstream/123456789/221/1/FilhoPrado.pdf> Acesso em: 20 abr. 2019.

MARQUES, J.L.S.; FERNANDES, C. M. O.; CARDOSO, P. C.; TORRES, E. M.; ROCHA, S. S. Reabilitação estética-funcional com ajuste prévio da oclusão em relação cêntrica. **Revista Odontológica Brasil Central**, v.19, n.51, p.356-361, 2010. Disponível em

https://www.researchgate.net/publication/277198741_Reabilitacao_estetica-funcional_com_ajuste_previo_da_clusao_em_relacao_centricapdf. Acesso em: 20 out. 2019.

MESQUITA, V. T.; RODRIGUES, R. A.; DIAS, A. M.; MACHADO, C. A.; BATISTA, A. V. D. Materiais e técnicas de moldagem em prótese fixa - revisão de literatura. **Saber Científico Odontológico**, Porto Velho, v.2, n.1, p.45-54, 2012. Disponível em:

<http://revista.saolucas.edu.br/index.php/resc/article/view/661/pdf> Acesso em: 28 abr. 2019.

NASCIMENTO, L. da S. B.; LIMA, S. N. L.; FERREIRA, M. C.; MALHEIROS, MA. S.; TAVAREZ, R. R. de J. Avaliação do impacto do clareamento dental na qualidade de vida de pacientes adultos. **Journal Health NPEPS**. v.3, n.2, p.392-401, jul./dez., 2018. Disponível em:

<https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3245/2599> Acesso em: 25 jul. 2019.

NICODEMO, D; PEREIRA, M. D.; FERREIRA, L. M. Cirurgia ortognática: abordagem psicossocial em pacientes Classe III de Angle submetidos à correção cirúrgica da deformidade dentofacial. **Rev. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v.12, n.5, p.46-54, set./out., 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/dpress/v12n5/a07v12n5.pdf> Acesso em: 25 abr. 2019.

NUSS, K.C.B.; GOMES, F.V.; MATTIS, F.; MAYER, L. Grau de confiabilidade na reprodução do planejamento virtual para o posicionamento final de implantes por meio de cirurgia guiada: relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v.21, n.1, p.102-108, jan./abr., 2016.

Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/5245/3934> Data de acesso: 29 abr. 2019.

PEGORARO, L. F.; VALLE, A. L. do; BONFANTE, G.; CONTI, P. C. R. **Prótese Fixa**: bases para o planejamento em reabilitação oral. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2013. 488 p.

PINTO, P. G.; FERRAZ, C. L.; SCHMAEDECKE, C. M.; SIMÃO, R. Levantamento de seio maxilar e instalação de implante no mesmo tempo cirúrgico. **Journal of Biodentistry and Biomaterials**. Universidade Ibirapuera, São Paulo, n.2, p.17-23, set./dez., 2011. Disponível em: <http://www.unibjournal.com.br/pdf/set-2011-fev-2012/artigo2.pdf> Acesso em: 09 mai. 2019.

PONTES, A. P.; MNAINIERI, E. T.; PACHECO, J. F. M.; MARTINS, J. L.; SHINKAI, R. A. S.; MAINIERE, V. C. Rugosidade superficial de compósitos microparticulados e nanoparticulados após acabamento e polimento. **RGO**, Porto Alegre, v. 57, n.2, p. 179-182, abr./jun. 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/Downloads/RGO-2009-1751.pdf> Acesso em: 8 mai. 2019.

PONTUAL, M.L. dos A.; PONTUAL, A. dos A.; SILVEIRA, M.M.F. da; MARTINS, M.T.; DEVITO, K.L. Aplicação de técnicas radiográficas para o diagnóstico diferencial de tonsilólito. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, v.22, n.1, p.50-55, jan./abr., 2010. Disponível em:

<http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/396/291>
Acesso em: 24 abr.2019.

SILVA, A.; LUND, R. **Dentística Restauradora**: do Planejamento à Execução. 1.ed. Rio de Janeiro: Santos, 2019. 261 p.

SILVA FILHO, O. G.; GARIB, D. G.; LARA, T. S. **Ortodontia Interceptiva**: Protocolo de tratamento em duas fases. São Paulo: Artes médicas, 2013.

SILVA, H. I. C. Importância do encerramento de diagnóstico no plano de tratamento: aplicabilidade na definição da estética do sorriso. 2016. 70f. Dissertação (Mestrado em Medicina Dental) - Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa, Porto. 2016. Disponível em

https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5760/1/PPG_25560.pdf. Acesso em: 04 mai. 2019.

SOUZA, L., dos S. de; RAUSCH, F.Z. Implante unitário com provisionalização imediata: relato de caso clínico. **Revista Uningá**, Maringá, v.56, n.53, p.101-112, jan./mar., 2019. Disponível em:

<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2681/1930> Acesso em: 06 mai. 2019.

SQUIVE, R. C.; MACHADO, M.H.B.; FERNANDES, K.G.C.; MORETI, L. C. T.; BOER, N.C.P. Anestesia do nervo alveolar inferior pela técnica direta: uma nova metodologia de estudo. **Archives of Health Investigation**, Universidade Brasil, Fernandópolis-SP, v.7, 2018. Disponível em:

<http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/3684/pdf> Acesso em: 29 abr. 2019.

VEDOVELLO FILHO, M.; BASTOS, M. O.; VEDOVELLO, S. A. S.; VALDRIGHI, H. C. **Mecânica ortodôntica corretiva em Typodont**: correção de Classe I de Angle com extrações dos primeiros pré-molares. São Paulo: Santos, 2005. 159 p.

URQUIZA, M. de C.; ANJOS, A. da S. dos; RIBEIRO, A. C. B.; BORBA, M. S. da C.; CARVALHO FILHO, D. U.; LAGO, E. C. Comparação da eficácia e efeito residual de duas técnicas de antissepsia pré-operatória das mãos com duas substâncias antissépticas. **Dialnet Revista Interdisciplinar**, v.9, n.3, p.112-120, 2016.

Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6772022> Acesso em: 25 abr. 2019.