



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

**ANA CLÁUDIA GUIMARÃES MARTINS
MILENA ALVES DE SOUZA
MYLLA RODARTE RIOS**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

**LAVRAS - MG
2021**

ANA CLÁUDIA GUIMARÃES MARTINS

MILENA ALVES DE SOUZA

MYLLA RODARTE RIOS

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

ORIENTADORA

Profa. Dra. Renata de Carvalho Foureaux

LAVRAS – MG

2021

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

P849 Portfólio Acadêmico/ Ana Cláudia Guimarães Martins...
[et al.]. – Lavras: Unilavras, 2021.

63 f.: il.

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

Orientador: Prof^a Renata de Carvalho Foureaux.

1. Odontopediatria. 2. Ortodontia. 3. Periodontia. 4.
Cirurgia. I. Souza, Milena Alves de. II. Rios, Mylla
Rodarte. III. Foureaux, Renata de Carvalho (Orient.).
IV. Título.

**ANA CLÁUDIA GUIMARÃES MARTINS
MILENA ALVES DE SOUZA
MYLLA RODARTE RIOS**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

Aprovado em: ____ / ____ / ____

ORIENTADORA

Profa. Dra. Renata de Carvalho Foureaux - Unilavras

MEMBRO DA BANCA

Prof. Me. Luiz Fernando Ferreira de Oliveira - Unilavras

LAVRAS – MG

2021

DEDICATÓRIA

Dedicamos esse trabalho à Deus, por nos permitir viver essa jornada, nos abençoando e guiando.

Aos nossos pais, por tornarem esse sonho possível e acreditarem no nosso potencial.

Aos professores e orientadora, por nos permitirem uma boa formação e serem exemplo de profissionais.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradecemos a Deus, que nos guia a cada etapa de nossa vida, dando oportunidades, sabedoria para enfrentarmos os desafios, nos iluminando e capacitando para exercer esta profissão tão honrosa e gratificante.

Agradecemos aos nossos familiares, especialmente nossos pais, por ser nosso alicerce. Acreditamos que sem o apoio de vocês esta vitória não seria possível, somos gratas por todo carinho e incentivo.

Aos companheiros de vida, Cassiano e Leandro, agradecemos por estarem sempre presentes ao nosso lado, nos ajudando e apoiando durante estes anos.

Aos nossos colegas e amigos que caminharam junto conosco nestes cinco anos de graduação, obrigado por todos os momentos de alegria, companheirismo e união nos momentos de dificuldade.

Ao corpo docente, direção, administração e funcionários do Centro Universitário de Lavras, agradecemos pelo aprendizado e por nos prepararem de forma tão humanizada para a vida profissional. Levaremos vocês com carinho especial, em cada momento de nossas vidas.

À nossa orientadora, Dra. Renata de Carvalho Foureaux, agradecemos a ajuda e compreensão para realizar este portfólio de forma enriquecedora. Aos professores Dr. Douglas Campideli Fonseca, Me. Gilberto de Oliveira Junior, Me. José Norberto de Oliveira Junior, Dra. Luciana Fonseca P. Gonçalves Tourino, Me. Luiz Fernando Ferreira de Oliveira, Me. Ricardo Augusto Barbosa, agradecemos por toda orientação e por compartilharem seus conhecimentos conosco, sem vocês não seríamos capazes de realizar estes casos com tanto sucesso.

Agradecemos aos pacientes e responsáveis, por depositarem confiança em nosso trabalho e contribuírem para o nosso aperfeiçoamento e evolução profissional e pessoal.

Por fim, agradecemos às integrantes deste grupo pela amizade, pelas trocas de experiência e pela chance de encerrar esta caminhada juntas com tanta dedicação.

“Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo”.

Martin Luther King

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Ocorrência, Diagnóstico e Plano de Tratamento.....	28
Quadro 2 - Plano de Tratamento	30

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Foto oclusal do arco dentário superior, demonstrando segundos pré-molares superiores ausentes e primeiros pré-molares girovertidos.....	15
Figura 2 – Radiografia Panorâmica	16
Figura 3 - Oclusão ideal. (A) vista lateral direita, (B) vista frontal, (C) vista lateral esquerda.....	19
Figura 4 - Má oclusão de Classe I. (A) vista lateral direita, (B) vista frontal, (C) vista lateral esquerda.....	19
Figura 5 - Má oclusão de Classe II Divisão 1. (A) vista lateral direita, (B) vista frontal, (C) vista lateral esquerda.....	19
Figura 6 - Má oclusão de Classe II Divisão 2. (A) vista lateral direita, (B) vista frontal, (C) vista lateral esquerda.....	19
Figura 7 - Má oclusão de Classe II Subdivisão esquerda. (A) vista lateral direita, (B) vista frontal, (C) vista lateral esquerda.....	19
Figura 8 - Má oclusão de Classe III. (A) vista lateral direita, (B) vista frontal, (C) vista lateral esquerda.....	20
Figura 9 - Mordida Cruzada Posterior lados direito, esquerdo e frontal.....	20
Figura 10 – Aparelho removível com parafuso expansor	22
Figura 11 – Instalação do aparelho removível com expansor de maxila	23
Figura 12 – Quatro meses após a primeira foto.....	24
Figura 13 - Desativação do aparelho.....	24
Figura 14 – Guia de Encaminhamento	26
Figura 15 – Exame radiográfico periapical dos molares inferiores do lado esquerdo (A), exame radiográfico periapical dos molares inferiores do lado direito (B), exame radiográfico interproximal dos molares superiores e inferiores do lado direito (C)....	29
Figura 16 – Instrução de higiene oral	33
Figura 17 - Situação do paciente com material restaurador provisório	34
Figura 18 - Radiografia periapical dos molares inferiores do lado direito	34
Figura 19 - Paciente agitado e impedindo o atendimento	35
Figura 20 – Contenção física realizada com o auxílio do pai da criança	36
Figura 21 – Paciente utilizando recurso audiovisual como distração.....	38
Figura 22 – Matriz individual soldada	38
Figura 23 – Matriz individual posicionada no dente (A), restauração no elemento 85 finalizado (B).....	39
Figura 24 – Radiografia final do elemento 85.....	39
Figura 25 – Fotografia realizada no último dia de atendimento.....	41
Figura 26 – Periograma.....	44
Figura 27 – Radiografia Panorâmica	45

Figura 28 – Brida na arcada inferior direita	45
Figura 29 – Modelo de estudo inferior	47
Figura 30 – Planejamento Pré-Cirúrgico	48
Figura 31 – Bula do medicamento Clonazepan	48
Figura 32 – Pinçamento da brida.....	49
Figura 33 – Tecido Incisado.....	50
Figura 34 - Divulsão e Desintegração do Tecido	50
Figura 35 – Sutura.....	51
Figura 36 – Aplicação de Laser	51
Figura 37 – Receituário	52
Figura 38 - Pós-operatório após dois meses.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS

CI I – Classe I

CI II – Classe II

COVID-19 - Coronavírus Disease 2019

ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio

FIES – Fundo de Financiamento Estudantil

LCA - Lesão Cariosa Ativa

MG – Minas Gerais

OD – Ocluso distal

OM – Ocluso mesial

PPR - Prótese Parcial Removível

ProUni – Programa Universidade para Todos

UNILAVRAS – Centro Universitário de Lavras

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 DESENVOLVIMENTO	14
2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Ana Cláudia Guimarães Martins	14
2.1.1 Desenvolvimento da Atividade	15
2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Milena Alves de Souza	25
2.2.1 Desenvolvimento da Atividade	26
2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Mylla Rodarte Rios	41
2.3.1 Desenvolvimento da Atividade	42
3 AUTOAVALIAÇÃO	54
3.1 Autoavaliação da aluna Ana Cláudia Guimarães Martins	54
3.2 Autoavaliação da aluna Milena Alves de Souza	54
3.3 Autoavaliação da aluna Mylla Rodarte Rios.....	55
4 CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	58

1 INTRODUÇÃO

A Odontologia, através de seus métodos científicos, é um meio de proporcionar a cada paciente uma experiência de reabilitação, conservação da saúde bucal e o aumento da autoestima que podem influenciar diretamente no cotidiano e bem estar. Sabe-se que esta profissão tem como objetivo a saúde de forma integral e a busca por tratamentos individualizados para cada pessoa a ser atendida.

Através deste portfólio, serão apresentados casos clínicos nos quais se teve a oportunidade de restaurar sorrisos e saúde dos pacientes. Durante este trabalho será possível analisar as experiências vividas, dificuldades e a satisfação, tanto do paciente, quanto dos alunos responsáveis pelo tratamento.

A aluna Ana Cláudia Guimarães Martins irá apresentar um caso clínico que foi realizado na disciplina de Clínica Infantil III, em que a paciente necessitava de um tratamento ortodôntico, pois apresentava-se com mordida cruzada posterior, Classe II de molar, embora seu perfil facial fosse Padrão I, agenesia dos segundos pré-molares, primeiros pré-molares girovertidos e relação dos caninos em Classe I. Considerando a chave de oclusão correta de canino, o tratamento foi planejado sem a necessidade da correção da Classe II de molar.

A aluna Milena Alves de Souza apresentará um caso clínico vivenciado na Clínica Infantil III, onde precisou lidar com os desafios de uma criança ansiosa e com o comportamento negativo. Irá transcorrer sobre as técnicas de manejo de comportamento, a relação do dentista e a criança, assim como a importância da saúde bucal na infância. A mudança no perfil do paciente e nos hábitos da família foram essenciais para o sucesso no tratamento.

A aluna Mylla Rodarte Rios descreverá o caso proposto para ela durante a Clínica Integrada IV, no qual a paciente a ser atendida precisava de uma reabilitação oral através de uma Prótese Parcial Removível para recuperar, não somente a função, mas também a autoestima. Porém, a presença de uma brida inserida no espaço protético poderia atrapalhar a estabilidade e retenção de uma futura prótese, necessitando assim de uma cirurgia pré-protética, a qual denominamos de bridectomia.

Como este portfólio ressalta as áreas de Odontopediatria, Ortodontia, Periodontia, e Cirurgia, servirá também como consulta para aprimorar os conhecimentos e solucionar possíveis questionamentos de pessoas interessadas nestas especialidades.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Ana Cláudia Guimarães Martins

Meu nome é Ana Cláudia, tenho 24 anos e sou de Bom Sucesso – MG. Por motivos que hoje não consigo explicar, o anseio de ter a Odontologia como profissão, sempre foi presente em minha vida. Desde pequena dizia aos meus pais que seria dentista. Recentemente tive a comprovação, escutando minha tia dizer que lembra quando eu era criança e dizia que iria trabalhar na clínica Odontológica ao lado da casa da minha avó.

Os anos se passaram, me formei no ensino médio e logo depois fui a busca do meu objetivo: ser aprovada em Odontologia. Fiquei dois anos e meio tentando ser aprovada em uma faculdade federal, por saber que meus pais não tinham condições de me oferecer uma faculdade particular. A cobrança que eu tinha comigo me trouxe transtornos de ansiedade e muitos pensamentos negativos sobre conseguir uma vaga em Odontologia. Passei em diversos outros cursos em faculdades federais, mas nunca tive coragem de ir e deixar de lado meu sonho. Foi quando tive a oportunidade de iniciar o curso através do Fundo de Financiamento Estudantil (Fies), no segundo semestre de 2017.

Entrei um pouco atrasada da minha turma, com isso fiz as atividades atuais e passadas, foi um momento muito conturbado, mas enfrentei com garra, força e fé. Tive ajuda de muitos colegas que se tornaram amigos. Sou muito grata por tudo isso. Com o passar do tempo, me enturmei e fiz amizades que vou levar para vida toda.

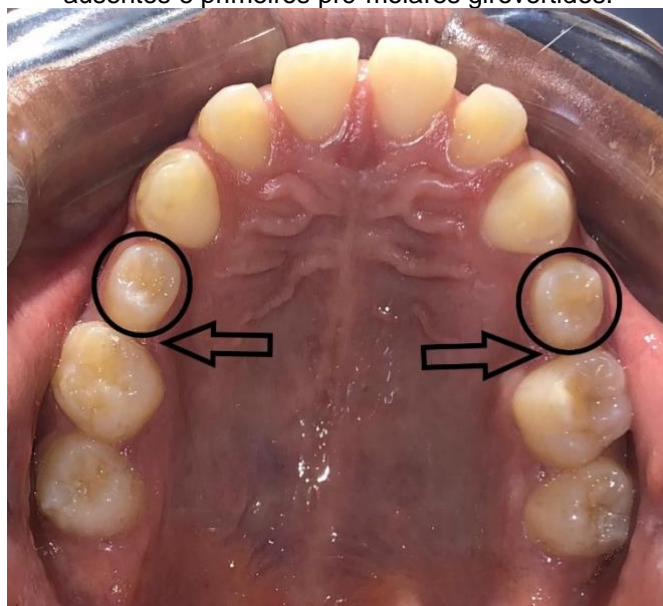
Daí em diante me sinto muito realizada por fazer esse curso e completa por ver a Odontologia fazer parte da minha vida. Foi nela que encontrei minha vocação, onde eu vi que podia ajudar ao próximo e conseguir entregar saúde, autoestima e sorrisos. Na Odontologia eu encontro minha felicidade em meio a tantas dificuldades e desafios.

2.1.1 Desenvolvimento da Atividade

Paciente do gênero feminino, 11 anos de idade, compareceu à clínica de Odontologia do Unilavras em fevereiro de 2020, e se apresentou à disciplina de Clínica Infantil II para avaliação de sua condição bucal e realização dos tratamentos necessários. Naquele momento foram feitos apenas os exames clínicos relativos à Ortodontia e Dentística, sendo que a seguir houve a interrupção das clínicas devido à pandemia do COVID-19. Retornou-se às clínicas em outubro do mesmo ano, quando foi possível a continuidade do tratamento.

A criança se apresentou como uma paciente saudável, sem alterações que impeçam o tratamento odontológico. Ao exame clínico extra bucal observamos que a paciente apresentava um aspecto facial harmônico, com selamento labial passivo e considerada Padrão I. No exame intra bucal, a paciente apresentava dentadura permanente com sua cronologia alterada (precoce), relação sagital dos molares em Classe II apesar da condição facial de Padrão I, agenesia dos segundos pré-molares superiores, primeiro pré-molares superiores em giroversão, o que pode ser conotado pela Figura 1. Relação sagital dos caninos Classe I, relações dos incisivos normais, tendo ausência de trespasse horizontal ou vertical aumentadas e mordida cruzada posterior bilateral.

Figura 1 - Foto oclusal do arco dentário superior, demonstrando segundos pré-molares superiores ausentes e primeiros pré-molares girovertidos.

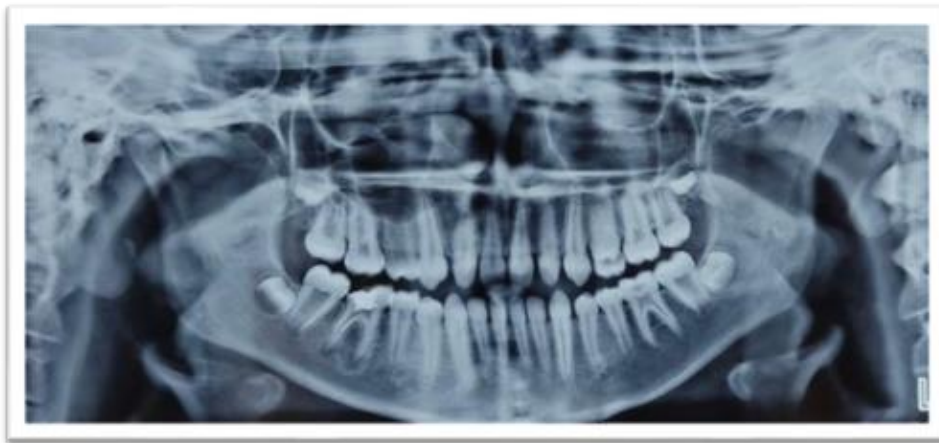


Sendo: Seta - indicando a agenesia; Círculo- indicando a giroversão.

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2020).

Inicialmente, foi feito a solicitação de uma radiografia panorâmica (Figura 2) no intuito de se avaliar a agenesia dos 2º pré-molares, também foram feitos procedimentos restauradores como restauração CI I no elemento 36 e selante nos restantes dos 1º molares. A radiografia panorâmica utilizada foi do ano de 2019, já presente no seu prontuário, com isso, o estudo e avaliação do caso foram feitos por ela.

Figura 2 - Radiografia Panorâmica



Fonte: Prontuário da paciente arquivado na Clínica Odontológica do UNILAVRAS (2019).

O exame radiográfico na Odontologia tem um papel extremamente importante e imprescindível. Dentre as radiografias odontológicas, a panorâmica se destaca por ser uma radiografia mais abrangente, que auxilia no diagnóstico e no planejamento terapêutico dos processos patológicos dos dentes e dos ossos da face. A análise e estudo de uma panorâmica são de suma importância, nela pode-se identificar anomalias que não apresentam sintomatologia clínica no paciente. Dentro disso, se torna possível que o cirurgião dentista possa desenvolver um plano de tratamento e acompanhamento adequado (MARTINS-NETO et al., 2019).

Com o estudo da radiografia panorâmica, mostrada na Figura 2, foi possível a comprovação da agenesia dos segundos pré-molares superiores. A agenesia dentária significa a ausência desse órgão, sendo uma alteração do desenvolvimento que tem como sua principal etiologia, a hereditariedade. Ela é uma das anomalias dentárias mais comuns nos seres humanos, sendo caracterizada pela ausência de um ou mais dentes, com sua comprovação através de exame radiográfico (MARTINS-NETO et al., 2019). Essa anomalia é considerada rara em dentes decíduos (GUEDES-PINTO, 2017), e de acordo com o pensamento de Neville et al.

(2016), têm uma prevalência inferior a 1%. Elas são mais observadas quando existentes na região de incisivos, principalmente superiores. Em dentes permanentes, essa anomalia é considerada por vários autores como sendo bastante comum (GUEDES-PINTO, 2017).

De acordo com Guedes Pinto (2017), pelo ponto de vista evolucionista, os dentes com mais frequência de ausência na dentadura permanente são os terceiros molares, incisivos laterais superiores e segundos pré-molares, sendo estes elementos os últimos de cada série, que provavelmente terão seu desaparecimento.

Segundo Zou et al. (2018), as ausências congênitas dos dentes podem ser divididas em três categorias, sendo elas: hipodontia, oligodontia e anodontia; onde a hipodontia é a tendência à diminuição do número de dentes, com o conseqüente espaçamento do arco dentário. A oligodontia é devido à ausência de pelo menos sete elementos dentários promovendo uma mastigação anormal, o desalinhamento dos dentes e estética desfavorável. A anodontia significa a ausência completa de todos os dentes, sendo uma condição mais rara e mais complexa.

As duas formas básicas de tratamento para ausência de pré-molares são o fechamento ou a manutenção do espaço. Dentro desse preposto, é preciso fazer algumas considerações para definir o melhor plano de tratamento para o paciente. Deve-se avaliar a condição do molar decíduo, a quantidade e qualidade do suporte ósseo, as relações dentárias e esqueléticas e a idade do paciente. Foi bastante comum usar como tratamento próteses adesivas ou pontes fixas, porém, com a evolução da Odontologia, atualmente o tratamento de primeira opção é o implante dentário do elemento faltante, sendo contraindicado para pacientes ainda em crescimento (FARIA BICALHO; BICALHO, 2016).

O reconhecimento da normalidade se faz extremamente importante em qualquer área da Odontologia. Nesse caso, é fundamental que se saiba identificar uma oclusão normal para que assim possa reconhecer as maloclusões e sua classificação. A oclusão dita correta é aquela que esteja estável, saudável e com uma estética favorável, mas nem sempre precisa seguir a risca de uma oclusão ideal como as chaves de oclusão proposta por Andrews. São raras as oclusões ditas ideais, fazendo parte de 0,5% da população (JANSON et al., 2013). Em contrapartida, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a

maloclusão é considerada o terceiro problema odontológico mais prevalente na saúde pública, se manifestando em 70% dos casos, incluindo o período da dentadura decídua, que se não tratadas, evoluem para condições mais severas na dentadura permanente (BATISTA; SANTOS, 2016). Porém, de acordo com Cruz e colaboradores (2019), a população que depende do Sistema Único de Saúde permanece desamparada, visto que o sistema não vem atendendo verdadeiramente as maloclusões, podendo assim ser considerado um problema de saúde pública.

A má oclusão é oriunda do desarranjo do desenvolvimento, com interferência de fatores genéticos e ambientais que comprometem a função e a estética do paciente. Uns dos fatores que podem causar essas displasias são a respiração bucal e maus hábitos deletérios, como, roer unhas, sucção digital, sucção de chupeta, uso prolongado de mamadeira, entre outros. Esses fatores causam uma alteração na função dos lábios, língua, além de comprometer o padrão respiratório, interferindo diretamente no crescimento ideal, sendo que seus efeitos surgem e evoluem de acordo com a frequência, intensidade, tempo de duração do hábito (TAVARES; ESTRELA; LAZARI-CARVALHO, 2019).

Na oclusão ideal (Figura 3), considera-se que o indivíduo apresente função e estética favorável. Alguns autores classificaram as maloclusões para que fosse possível estabelecer um parâmetro para um bom diagnóstico e consequente tratamento. A classificação universalmente utilizada pela literatura, é a classificação de Angle, de 1899, que possibilitou a comunicação e compreensão entre todos os profissionais da área. Dentro dessa classificação pode-se citar a Classe I (Figura 4) como a neutroclusão, com a cúspide mesiovestibular do primeiro molar superior ocluindo no sulco mesiooclusovestibular do primeiro molar inferior. Nessa classificação nota-se a oclusão correta de molar, porém, os dentes podem estar desalinhados, protruídos, com sobremordida profunda, entre outras alterações. A Classe II apresenta os dentes inferiores ocluindo em uma relação distal em relação aos superiores. Essa classificação é dividida em: Divisão 1 (Figura 5): Incisivos superiores apresentam inclinados para vestibular; Divisão 2 (Figura 6): Incisivos superiores encontram-se verticalizados ou lingualizados. Quando a Classe II está somente de um lado do arco dentário, dá-se o nome de Subdivisão direita ou esquerda (Figura 7), dependendo do lado em que existe a manifestação da má oclusão. Na Classe III (Figura 8) os dentes inferiores ocluem em uma relação mesial

aos superiores. Essa má oclusão também pode se apresentar com subdivisão direita ou esquerda (JANSON et al., 2013)

Figura 3 - Oclusão ideal. (A) vista lateral direita, (B) vista frontal, (C) vista lateral esquerda.



Fonte: Janson et al. (2013).

Figura 4 - Má oclusão de Classe I. (A) vista lateral direita, (B) vista frontal, (C) vista lateral esquerda.



Fonte: Janson et al. (2013).

Figura 5 - Má oclusão de Classe II Divisão 1. (A) vista lateral direita, (B) vista frontal, (C) vista lateral esquerda.



Fonte: Janson et al. (2013).

Figura 6 - Má oclusão de Classe II Divisão 2. (A) vista lateral direita, (B) vista frontal, (C) vista lateral esquerda.



Fonte: Janson et al. (2013).

Figura 7 - Má oclusão de Classe II Subdivisão esquerda. (A) vista lateral direita, (B) vista frontal, (C) vista lateral esquerda.



Fonte: Janson et al. (2013).

Figura 8 - Má oclusão de Classe III. (A) vista lateral direita, (B) vista frontal, (C) vista lateral esquerda.



Fonte: Janson et al. (2013).

De acordo com a Figura 9, a relação sagital dos primeiros molares da paciente é classificada como CI II, enquanto sua relação sagital dos caninos em CI I. Isso se deve a agenesia comprovada dos segundos pré-molares e giroversão dos primeiro pré-molares, produzindo uma mesialização espontânea do molar superior devido ausência do segundo, gerando desta forma, a relação molar de CI II. Nestes casos, a relação molar não modifica a relação dos caninos, que continua em chave de oclusão. Dentro disso, considera-se, segundo o que foi amplamente discutido, que a CI II de molar não seria preciso ser corrigida, da mesma forma que o primeiro pré-molar girovertido não necessitava ser direcionado ao seu posicionamento, haja vista que apresentava uma intercuspidação correta, para que assim não houvesse a formação de diastemas entre os dentes.

Figura 9 - Mordida Cruzada Posterior lados direito, esquerdo e frontal



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

Mesmo considerando CI II de molar e giroversão do primeiro pré-molar como uma condição perfeitamente aceitável do ponto de vista estético e funcional, ainda é preciso corrigir a mordida cruzada posterior da paciente, condição esta que compromete a função mastigatória, principalmente produzindo contatos altamente lesivos no movimento de lateralidade. Normalmente, a mordida cruzada está ligada a atresia maxilar. Com menos frequência, pode ser oriundo do arco inferior com dimensões transversas aumentadas (JANSON et al., 2013).

A língua é o fator mais importante no estímulo de crescimento da maxila, sendo sua principal matriz funcional. Se esta não fica em contato íntimo transversalmente com a maxila, o crescimento transversal lateral não ocorre de forma correta, com isso há um maior crescimento da maxila no sentido vertical, sem alteração no crescimento normal da mandíbula; fazendo com que haja o cruzamento da mordida e a inversão da posição correta dos dentes onde os inferiores ocluem vestibularmente aos superiores.

Os fatores etiológicos da mordida cruzada podem ser resumidos em: obstrução das vias aéreas superiores, sucção de dedos e/ou chupeta, postura lingual alterada (deglutição atípica) e padrão dolicofacial de crescimento (face longa), sendo uma má oclusão comum tanto na dentadura mista, quanto na dentadura decídua, onde existem estudos que relatam que pode ser autocorrigida a partir da interrupção dos hábitos de sucção e doenças respiratórias. Entretanto, na maioria dos casos, somente o controle etiológico não será suficiente, exigindo intervenção mecânica ortopédica e/ou ortodôntica (COSTA et al., 2017).

A mordida cruzada posterior tem origem esquelética ou dentoalveolar. A de origem esquelética é oriunda de uma atresia óssea da maxila, resultando posicionamento cruzado dos dentes. A mordida cruzada de origem dentoalveolar decorre da alteração da inclinação ou da posição vestibulolingual dos dentes posteriores, onde um ou mais dentes irrompem em uma posição cruzada (JANSON et al., 2013), além da alteração óssea.

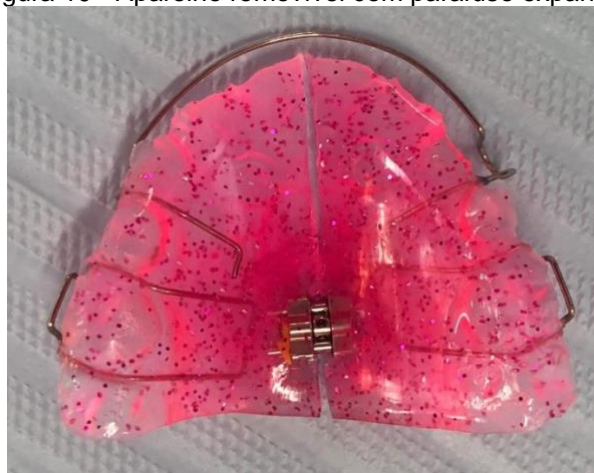
Para que a expansão da maxila tenha um prognóstico favorável, é importante que esta seja feita na fase em que o paciente se encontra ainda no período de crescimento e desenvolvimento crânio-facial (FLORES et al., 2021). Com isso, se possível, é importante que o tratamento seja iniciado assim que a mordida cruzada

for diagnosticada, a partir dos 5 anos de idade (JANSON et al., 2013), pelo fato da displasia em questão não ser autocorrigida, de provocar desgastes anormais nas oclusais dos dentes, de provocar problemas periodontais pelo trauma oclusal, provocar interferências no crescimento dos arcos dentários. Assim, com correção precoce do problema, o paciente futuramente não terá que se submeter a uma cirurgia invasiva, como a ortognática (CRUZ et al., 2019), e que venha a apresentar desvios funcionais e assimetrias faciais.

O tratamento da mordida cruzada deve ser feito no afã de normalizar a atresia do arco superior dentário. Na condição de origem dentoalveolar, o tratamento deve ser feito pela expansão lenta do arco dentário superior, com efeitos esqueléticos e dentários agindo na sutura palatina mediana e inclinando os dentes posteriores para vestibular. Os aparelhos indicados para fazer a expansão lenta, que tem efeito predominantemente dentoalveolares podem ser fixos ou removíveis. A placa com parafuso expansor é um exemplo de aparelho removível, enquanto o quadri-hélice, bi-hélice e o arco em W são exemplos de aparelhos fixos, sendo todos de expansão lenta. (JANSON et al., 2013).

O aparelho de escolha no caso aqui apresentado foi a placa removível com parafuso expansor, como mostrado na Figura 10; e depende integralmente da colaboração do paciente, sendo que o mesmo deve fazer inclusive as ativações. Como ilustrado na Figura 4, eles são constituídos com um parafuso expansor no centro do acrílico, onde este deve ser ativado em dois quartos de volta por semana, para que assim seja conseguido o efeito discutido anteriormente (JANSON et al., 2013).

Figura 10 - Aparelho removível com parafuso expansor



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

Para a construção do aparelho, foi feita a moldagem do arco dentário superior com alginato para confeccionar o aparelho. Foi feita a instalação do aparelho (Figura 11) e orientamos a paciente, para que ela fizesse as ativações do mesmo com um quarto de volta duas vezes na semana, totalizando 1 volta completa na chave ativadora em 2 semanas. Foi orientado ao paciente, que voltasse à clínica de 15 em 15 dias, para que pudesse ser feito o controle do uso e retenção do aparelho. Desta forma, o acompanhamento e uso do aparelho serão feitos até que haja a correção da mordida cruzada, fazendo-se necessário a colaboração da paciente.

Figura 11 - Instalação do aparelho removível com expansor de maxila



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

Com as ativações para expansão lenta e o uso correto do aparelho, os dentes posteriores da paciente irão se inclinar para vestibular, ao mesmo tempo que a sutura palatina irá se romper brevemente. Nessa concepção, o prognóstico é favorável com a colaboração do paciente e idade de início da terapia. É sabido que na fase do crescimento, onde o tratamento se encontra, a sutura tem uma boa resposta, devido ao crescimento intramembranoso sutural da maxila, que responde satisfatoriamente com formação óssea, estando submetido à pressão (HILLESHEIM, 2018).

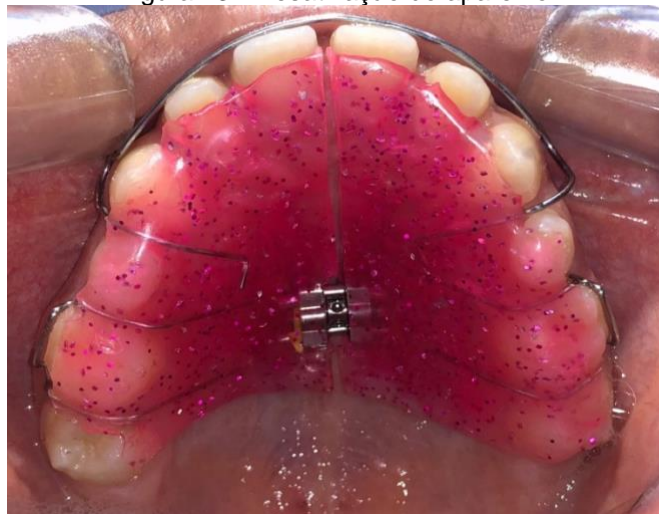
Contudo, durante quatro meses de acompanhamento do tratamento proposto, a paciente não realizou o uso correto do aparelho, fazendo com que este não se adaptasse corretamente, encontrando muita resistência ao encaixe e incômodos à criança. Quando o expansor da maxila é ativado e o paciente deixa de usar continuamente, há a desadaptação do aparelho; uma vez que ele permanece com dimensões aumentadas e a maxila com as dimensões originais. Desta forma, como o tratamento depende especialmente da colaboração da mesma, não foi possível visualizar os resultados que seriam alcançados (Figura 12). Nessa mesma visão, foi orientado novamente à paciente sobre a importância do uso consciente do aparelho e frequentes ativações. Assim, foi necessário fazer a desativação do expansor para que o tratamento pudesse recomeçar (Figura 13).

Figura 12 - Quatro meses após a primeira foto.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

Figura 13 - Desativação do aparelho.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Milena Alves de Souza

Meu nome é Milena Alves de Souza, tenho vinte e um anos, sou natural de Lavras – MG, lugar onde resido atualmente. Apesar de ter nascido em Lavras, algumas das lembranças que guardo na memória são de Açucena, pequena cidade localizada também no interior de Minas Gerais. Lá pude aproveitar parte da minha infância com amigos que guardo com muito carinho e também foi o local onde comecei minha vida escolar, aos três anos de idade. Com apenas quatro anos fui alfabetizada, dominando a escrita e leitura, que por esse motivo tive que ser avançada de turma, para que tivesse um conhecimento compatível com minha capacidade.

Aos cinco anos de idade, mudei para cidade de Cristais – MG, lugar onde vivi o restante da minha infância e início da adolescência. Foi uma época que pude experimentar momentos de muita felicidade e também de amadurecimento.

Para que tivesse melhores condições de aprendizado, mudei para Lavras com quinze anos, juntamente com minha mãe e minha irmã. Além de estudar, tive que lidar com a saudade do meu pai que ainda residia em Cristais a trabalho. Em 2016, concluí o ensino médio no Colégio Tiradentes da Polícia Militar, e foi lá que tive a certeza de que queria cursar Odontologia.

Desde criança desejava fazer um curso na área da saúde e tinha em mente opções como Medicina, Fisioterapia e Odontologia. O processo de escolha profissional não é fácil, é um momento de muitas dúvidas e angústias. Porém, no último ano da escola, depois de pesquisar muito sobre o assunto, cheguei a conclusão que queria seguir a carreira de dentista. No mesmo ano prestei o ENEM, com o objetivo de entrar em uma universidade federal, mas sem sucesso. Para minha surpresa, consegui uma bolsa pelo PROUNI para cursar Odontologia no Centro Universitário de Lavras, uma instituição de excelência, com uma ótima estrutura e o melhor, na minha cidade.


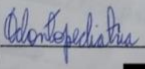
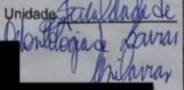
Desde então, iniciei minha vida acadêmica e encontrei diversos desafios, mudanças de rotina e hábitos, além de momentos de insegurança e medo, mas que

foram essenciais para meu crescimento e amadurecimento. Durante esses anos de graduação e cada experiência vivida, tive a certeza de que estava no lugar certo.

2.2.1 Desenvolvimento da Atividade

O caso a ser descrito foi realizado na clínica de Odontologia do UNILAVRAS na disciplina de Clínica Infantil III, iniciado no segundo semestre de 2020. Paciente do sexo masculino, seis anos, natural de Lavras, compareceu à clínica acompanhada pela mãe, apresentando um encaminhamento do Programa de Saúde da Família 03 onde havia buscado atendimento. A guia sugeria uma avaliação no elemento 74 para verificar a necessidade de um retratamento endodôntico ou exodontia (Figura 14). O caso foi supervisionado pelos professores, Dra. Luciana F. P. Gonçalves Tourino e Me. Ricardo Augusto Barbosa.

Figura 14 - Guia de Encaminhamento

Guia de Encaminhamento	
Prefeitura Municipal de Lavras Fundo Municipal de Saúde	
	
Unidade Básica de Saúde:	PSF 03
Lavras, 05 de novembro de 2020	
Paciente:	[Redacted]
Diagnóstico:	mes II: 74
CID:	
Motivo do encaminhamento:	necessidade de retratamento endodôntico ou exodontia mantendo a vitalidade
Atendimento realizado antes do encaminhamento:	Exame clínico e radiográfico
Encaminho o paciente, para atendimento especializado na área de	
 Odontopediatra	Unidade:  Unidade de Odontologia - Lavras
[Redacted] Odontólogo(a)	

Fonte: Prontuário do paciente arquivado na Clínica de Odontologia do UNILAVRAS (2020)

Na primeira consulta, é muito importante criar um vínculo com a criança, conhecer suas características, suas relações sociais, econômicas e, principalmente, seus aspectos emocionais e psicológicos. Além disso, é essencial inteirar-se sobre o contexto familiar que essa criança está inserida, visto que, a relação com os pais influencia no comportamento durante o atendimento odontológico. Para Scarparo et

al. (2021), o perfil de um profissional minimamente invasivo, que tem como objetivo a prevenção, é reconhecer que os problemas bucais são resultados de um ambiente familiar e social e que compartilha as responsabilidades da criança com seus pais ou responsáveis.

Desse modo, no primeiro momento foi realizada a anamnese para coletar todas as informações do paciente, a sua história médica e odontológica. Durante a conversa, a mãe relatou que o filho não apresentava nenhum problema sistêmico. Quando questionada sobre a higiene bucal do menor, ela relatou que ele escovava os dentes duas vezes ao dia e raramente usava o fio dental.

Durante a conversa com o paciente, pude perceber que ele era uma criança muito hiperativa e se mostrava bastante apreensivo. Neste momento, aproveitei para perguntar sobre assuntos que ele gostava e mostrar que o ambiente era seguro e tranquilo, a fim de conquistar sua confiança.

Após a anamnese, foi realizado o exame extraoral, executando a palpação da face do paciente para investigar a presença de nódulos, edema ou assimetria. Na análise feita não foram encontrados sinais de anormalidade. A partir disso iniciamos o exame intraoral, que segundo Hargreaves e Berman (2017) pode revelar informações sobre quais regiões necessitam de uma avaliação mais minuciosa e desse modo, fazer a prevenção ou tratamento necessário para qualquer patologia encontrada. Analisamos toda cavidade bucal da criança, como mucosa, língua e palato, além de verificar a presença de fístulas ou edemas, contudo nenhuma alteração foi encontrada. No exame dos tecidos duros, foram identificadas extensas lesões de cárie, que favoreceram para uma destruição coronária de alguns dentes (Quadro 1).

Guedes Pinto (2017, p.257) afirma que:

Havendo condições propícias para o acúmulo de biofilme dentário, que favoreçam a seleção de microrganismos cariogênicos, e na presença de um substrato capaz de ser metabolizado por esses microrganismos, poderá haver o desequilíbrio dos ciclos des/remineralização, favorecendo a perda mineral do esmalte, da dentina e do cimento. Essa destruição localizada dos tecidos duros, chamada lesão, é o sinal da doença e pode variar desde o início da perda mineral em nível ultraestrutural até a destruição total do dente (GUEDES PINTO, 2017, p.257).

A cárie pode ser definida como uma doença multifatorial, para que ela ocorra é necessária à interação, por um período de tempo, de determinadas condições, como a dieta do paciente, as bactérias orais presentes no biofilme e o dente. Para Ribeiro e Rosa (2021), a lesão cariosa ocorre por uma disbiose mediada por biofilme, em que, a fermentação dos carboidratos provenientes da alimentação, resulta na produção de ácido pelas bactérias. Quando essa fermentação aumenta, acontece uma diminuição do pH e, desse modo, ocorre à desmineralização do esmalte, dentina e cemento.

Quando não ocorre uma mudança no perfil do paciente e o biofilme não é desorganizado, por intermédio da higiene oral, a lesão de cárie começa a progredir e atingir estágios avançados, podendo comprometer a polpa dental. Da mesma forma, nos dentes decíduos a doença também pode evoluir e atingir a cripta do germe sucessor permanente. Consoante com Guedes-Pinto (2017), quando a lesão está causando risco ao germe do permanente, é necessário a exodontia do elemento dentário. Este episódio aconteceu com o paciente mencionado nesse relato clínico, visto que, ele regressou com cáries bastante profundas.

Quadro 1 – Ocorrência, Diagnóstico e Plano de Tratamento

DENTE	OCORRÊNCIA E DIAGNÓSTICO	PLANO DE TRATAMENTO
16	Em erupção	Acompanhamento
55	Hígido	
54	Rest. RC CI I - O	Acompanhamento
53	Hígido	
52	Hígido	
51	Hígido	
61	LCA com C - M	Rest. RC CI III - M
62	Hígido	
63	Hígido	
64	Rest. RC CI I - O	Acompanhamento
65	Hígido	
26	Em erupção	Acompanhamento
31	Em erupção	Acompanhamento
72	Hígido	
73	Hígido	
74	Coroa extensamente destruída com LCA / comprometimento germe do permanente	Exodontia
75	LCA com C - M	Rest. RC CI II – M
36	Em erupção	Acompanhamento
41	Em erupção	Acompanhamento
82	Hígido	
83	Hígido	

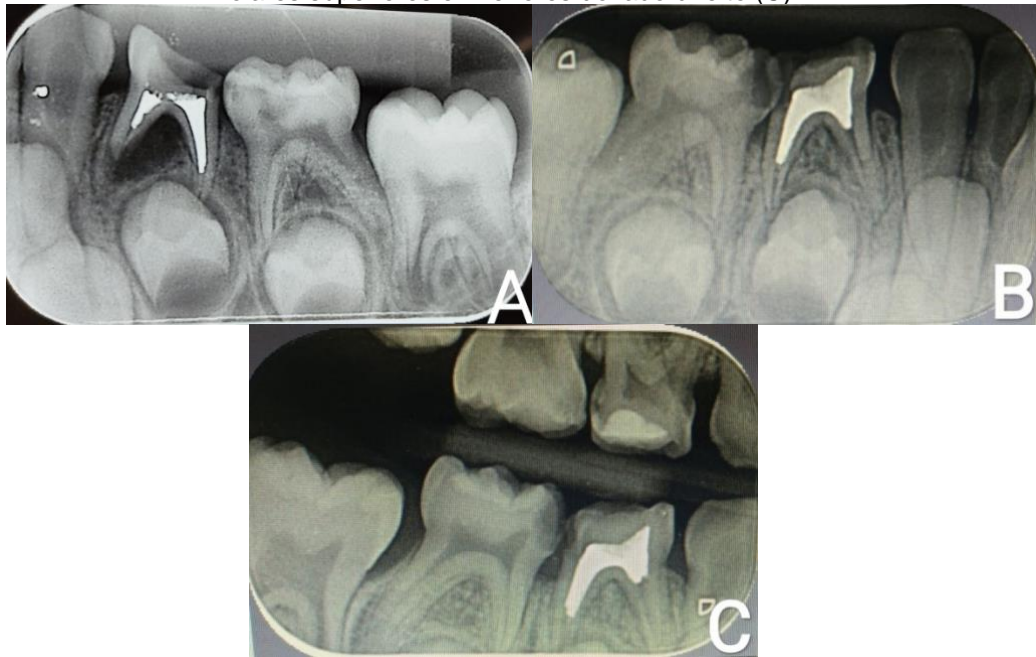
84	Coroa extensamente destruída com restauração provisória	Rest. RC CI II - OD
85	LCA com C - OM	Pulpectomia e Rest. RC CI II - OM
46	Em erupção	Acompanhamento

Sendo: *Rest. RC (restauração em resina composta) * LCA (lesão de cárie ativa); *C (cavitação); *M (mesial) *O (oclusal) *CI (classe).

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Para auxiliar no diagnóstico, foram utilizados exames radiográficos periapicais e interproximais, para avaliar o grau de agressão da doença cárie e alterações da normalidade (Figura 15). Na investigação, foram detectadas lesões cariosas atingindo a polpa dental e outra o germe do dente permanente.

Figura 15 - Exame radiográfico periapical dos molares inferiores do lado esquerdo (A), exame radiográfico periapical dos molares inferiores do lado direito (B), exame radiográfico interproximal dos molares superiores e inferiores do lado direito (C).



Fonte: Prontuário do paciente arquivado na clínica de Odontologia do UNILAVRAS (2020)

Após a análise do exame clínico e das radiografias, conseguimos fechar o diagnóstico e começamos a elaborar um plano de tratamento integral para o paciente.

Qualquer tratamento na odontologia deve ter como objetivo a prevenção, principalmente da doença cárie. Para que ele seja alcançado, é necessária a conscientização do paciente, para que novos hábitos sejam introduzidos e que ele entenda a importância da preservação dos dentes. Contudo, os pais devem estar incluídos nessa nova perspectiva, para que o plano de tratamento tenha sucesso. A

abordagem odontológica no atendimento infantil deve atuar na promoção de saúde, na prevenção de doenças e na recuperação, sendo necessário o conhecimento do perfil biopsicossocial da família (FIUZA et al., 2016).

O plano de tratamento integral foi estabelecido em quatro estágios, sendo o primeiro, os procedimentos de urgência; o segundo, o tratamento preventivo individual; o terceiro, os procedimentos restauradores e, o quarto, o programa de longa duração. Essa sequência de tratamento, segundo Guedes-Pinto (2016), evita sobre tratamentos, repetições e perda de tempo, porém eventualmente pode sofrer algumas alterações no decorrer dos procedimentos.

A elaboração do plano de tratamento foi realizada juntamente com a profa. Dra. Luciana F. P. Gonçalves Tourino, onde pudemos qualificar o risco de cárie, observar qual tratamento seria necessário para cada elemento dental e priorizar aqueles considerados emergenciais (Quadro 2).

Quadro 2 – Plano de Tratamento

URGÊNCIAS	
SESSÃO	TRATAMENTO
1	Exodontia do elemento 74
2	Restauração com resina composta classe II-M do elemento 75 e colocação do mantenedor de espaço
3	Pulpectomia do elemento 85
TRATAMENTO PREVENTIVO INDIVIDUAL	
4	Instrução de higiene oral, evidenciação de biofilme, profilaxia e aplicação tópica de flúor
PROCEDIMENTOS RESTAURADORES	
5	Restauração com resina composta classe II-OD do elemento 84
6	Restauração com resina composta classe II-OM do elemento 85
7	Remoção da lesão de cárie no elemento 61 e aplicação de ionômero fotopolimerizável
8	Acabamento e polimento das restaurações
PROGRAMA DE LONGA DURAÇÃO	
9	Orientar o retorno do paciente para acompanhamento clínico e radiográfico das restaurações realizadas, assim como, observar o funcionamento do mantenedor de espaço.

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Após a estruturação da sequência de tratamento, a mãe foi informada sobre o estado atual da saúde bucal da criança e da necessidade da mudança do perfil do mesmo, por meio de melhores hábitos de higiene e controle da dieta. A mãe concordou com o tratamento proposto, entendeu sobre a importância da saúde

bucal, principalmente na infância, e se comprometeu a fazer o possível para melhorar a rotina familiar.

No primeiro estágio em que são efetuados os procedimentos de urgência, foi planejado a exodontia do elemento 74, que estava com destruição coronária e com extensa lesão cariosa comprometendo o germe do permanente e posteriormente a realização de um mantenedor de espaço no elemento 75. Na primeira sessão, o paciente chegou à clínica bastante apreensivo e ansioso, diante disso, utilizei a técnica de falar, mostrar e fazer, buscando a distração da criança e a diminuição do receio que ela estava sentindo. Essa técnica é uma das que mais utilizamos na Odontopediatria, ela consiste em empregar o nível do diálogo com a criança de maneira condizente com a sua idade, explicando os procedimentos com palavras que o paciente consiga entender. Logo após, é realizado a apresentação dos instrumentos odontológicos, como o espelho e seringa tríplice, de forma gradual para que a criança não se assuste. Por fim, após essas etapas, o profissional poderá executar os procedimentos com tranquilidade (MATOS; FERREIRA; VIEIRA, 2018).

Durante o procedimento de anestesia ele não foi nada colaborativo, tentando diversas vezes impedir a sua realização. Devido ao medo da agulha, a criança não conseguia acalmar, chorava e gritava muito, sendo difícil manter um diálogo para tranquilizá-lo. Segundo estudos realizados por Alsadat et al. (2018), uma das principais causas do medo que as crianças sentem do dentista é o medo do desconhecido e, quanto mais cedo forem introduzidos os programas preventivos e a busca por atendimento odontológico, menos medo elas irão sentir.

Depois de tentar diversas vezes reduzir a ansiedade do paciente, foi necessário um manejo adequado com contenção física. De acordo com Marssilac (2013), a restrição ou contenção física é a imobilização parcial ou completa do paciente, podendo ser com a colocação das mãos sobre a criança ou uma contenção do corpo, membros e cabeça.

Mesmo com o paciente bastante nervoso por estar sendo contido, conseguimos realizar a anestesia com a ajuda da mãe da criança, da profa. Dra. Luciana Fonseca P. G. Tourino e minha auxiliar. Após esse procedimento o paciente ficou mais calmo e demos continuidade ao processo de exodontia.

Na semana seguinte, o paciente retornou para a remoção da sutura e dar sequência ao tratamento, em que realizamos uma restauração classe II – M no elemento 75 e a cimentação do mantenedor de espaço no dente em questão. Durante o atendimento, o paciente apresentou o mesmo comportamento da primeira sessão, com nervosismo, ansiedade e nada colaborativo. Neste momento percebi que precisava manter a calma para que eu pudesse passar confiança para ele, mantendo um diálogo claro e explicativo, para que ele pudesse entender que o tratamento era necessário e que todos queriam o bem dele. Após muita conversa, a criança precisou novamente ser contida, porque ela não estava colaborando para realização do procedimento.

Durante todos os procedimentos, tive o auxílio da mãe da criança que tentava diminuir a tensão e o estresse do filho, mesmo ele muitas vezes, não acatando suas ordens. Ela sempre foi orientada que a contenção física era necessária para proteção da criança durante os procedimentos, visto que ele não estava contribuindo para que acontecesse de forma normal. Concordante com Guedes-Pinto (2016) é muito importante orientar os pais e direcionar suas atitudes no consultório e em casa, porque elas influenciam no comportamento dos filhos, desse modo, tendo uma concordância de pensamentos, o profissional pode conduzir o tratamento de forma correta.

Depois desse atendimento, as clínicas do UNILAVRAS foram suspensas devido à pandemia da COVID-19 e logo após entramos de férias. Foi informada a mãe que retornaríamos somente no ano seguinte e que entraríamos em contato para retomarmos o atendimento.

No primeiro contato que tive com o paciente após as férias, foi feita a instrução de higiene oral (Figura 16), sobre a diminuição do consumo de alimentos cariogênicos e também, reforçamos sobre a importância do fio dental e a escovação, principalmente antes de dormir, porque é o momento que temos menor produção de saliva e conseqüentemente uma maior probabilidade de acúmulo de bactérias. Estudos revelam que o consumo de alimentos com grande quantidade de sacarose aumenta a prevalência de cáries, sendo muito importante aconselhar sobre a redução da ingestão desses alimentos, bem como sobre hábitos mais saudáveis e

equilibrados. Conseqüentemente, irá reduzir a prevalência de cáries e melhorar o estado de saúde como um todo (MORIKAVA et al., 2018).

O paciente e a mãe foram instruídos sobre a prática de higiene bucal, que deveria ser feita com uma escova de cerdas macias e com creme dental contendo flúor. A criança foi educada a fazer a escovação das superfícies dentais voltadas para a bochecha com movimentos circulares e a superfície de mastigação dos dentes com movimentos para frente e para trás. Em concordância com Guedes-Pinto (2016), a melhor e mais eficaz maneira de diminuir o biofilme e afecções bucais é por meio da prevenção, visto que, quanto mais motivado o paciente estiver, melhor será o resultado do tratamento.

Figura 16 - Instrução de higiene oral



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

No mesmo dia, fui informada pela mãe que o paciente sentiu dor no elemento 85 e havia procurado atendimento odontológico no posto de saúde para atendimento de urgência. A cirurgiã-dentista do local colocou um material restaurador provisório no dente (Figura 17), porém não ficou de forma satisfatória e o paciente continuou sentindo incômodo. Desse modo, realizei uma radiografia periapical para analisar possíveis alterações (Figura 18).

Figura 17 - Situação do paciente com material restaurador provisório



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

Figura 18 - Radiografia periapical dos molares inferiores do lado direito



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

Através da radiografia foi possível observar que a lesão cariosa no elemento 85 já estava bastante extensa e atingindo a polpa dental. Desse modo, planejamos uma pulpectomia para a próxima sessão. A pulpectomia é indicada em casos de pulpites, seja ela aguda irreversível ou crônica, dentes com exposições pulpares devido a cáries e quando não ocorre uma hemostasia fisiológica, evidenciando uma inflamação intensa (MASSARA; RÉDUA, 2013).

Na próxima sessão, a criança chegou à clínica bastante ansiosa e sempre perguntando se íamos utilizar agulha. No momento que percebi o seu nervosismo, comecei a explicar todo o procedimento para ele, mostrando a necessidade de tratar o dente, visto que já estava tomado pela doença cárie.

No momento da realização da anestesia, buscamos sempre o cuidado com os instrumentais odontológicos para que não fique no campo de visão da criança e para não a assustar, favorecendo muito o comportamento dela no consultório. Porém, isso não foi possível com esse paciente e quando ele viu a agulha na seringa de anestesia, segurou meu braço e impediu o procedimento. Nesse instante, para que não o machucasse, tampei rapidamente a agulha e retirei da sua mão.

Durante todo o período da anestesia o paciente não foi colaborativo, não queria deitar-se na cadeira e chorava bastante. Reforcei a importância de cuidar da saúde bucal, dos riscos de ficar com a cárie no dente e que a sua colaboração era muito importante para que o tempo da consulta fosse menor (Figura 19).

Figura 19 - Paciente agitado e impedindo o atendimento



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

Diante da não cooperação do paciente, foi necessário fazer novamente a contenção física. Segundo Marssilac (2013), a contenção física é muito utilizada com a intenção de reduzir os movimentos do paciente e protegê-los. É muito indicada para aqueles não colaboradores devido à falta de maturidade, desse modo, facilitando o tratamento odontológico.

Na clínica infantil do UNILAVRAS, utilizamos a contenção do paciente com o auxílio do responsável pela criança. Explicamos para o pai do paciente como seria

feito o procedimento para que ele pudesse colaborar com a técnica a ser realizada. Assim sendo, o pai ficou deitado sobre a criança, a fim de imobilizar as suas pernas e braços, da mesma forma que a auxiliar segurou a cabeça do paciente para evitar seus movimentos intempestivos (Figura 20). Depois de realizada a contenção física e com o auxílio do abridor de boca, consegui realizar a anestesia.

Figura 20 - Contenção física realizada com o auxílio do pai da criança



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

Durante todos os atendimentos que realizei com esse paciente, pude perceber que ele ficava muito ansioso somente na realização da anestesia e após este momento a criança ficava mais calma e permitia prosseguir com os procedimentos. Alguns estudos mostraram que a ansiedade odontológica em crianças pode estar associada com traumas médicos anteriores e desse modo, levaram a um tratamento mais doloroso e conseqüentemente, um desconhecimento da saúde bucal (KRONIÑA; RASČEVSKA; CARE, 2017).

Na sessão seguinte, o paciente estava muito tranquilo, mostrando que havia conquistado sua confiança, que foi de suma importância para o avanço do

tratamento. Neste dia, realizamos a pulpectomia do elemento 85, iniciando pelo acesso endodôntico e logo após, a curetagem da polpa coronária (pulpotomia). Durante a pulpotomia, observei os sinais clínicos de uma pulpíte irreversível, porque ocorreu uma ausência de hemostasia fisiológica. Segundo a Academia Americana de Odontopediatria (AAPD, 2020), quando o paciente apresentar dados clínicos e radiográficos de processo inflamatório irreversível, é indicado a pulpectomia. Após a curetagem da polpa coronária, utilizei como curativo de demora o tricresol formalina, que conforme Lopes e Siqueira Junior (2020) é um medicamento a base de formaldeído e tem função antimicrobiana e de barreira química contra micro infiltrações de microrganismos no canal. Foi colocada uma gota do medicamento em uma bolinha de algodão estéril e removido o excesso em uma gaze, logo após, introduzido na câmara pulpar. Após a colocação do curativo, foi realizado o selamento do dente com ionômero de vidro.

Na semana seguinte, a criança retornou para darmos continuidade à pulpectomia. Seguindo o protocolo proposto por Guedes-Pinto (2016), iniciamos realizando a remoção do selamento e identificando a entrada dos canais radiculares. Após a identificação, foi realizada a desinfecção dos canais radiculares com a solução de Dakin (hipoclorito de sódio a 0,5%) e instrumentação dos canais com auxílio das limas manuais tipo Keer. Logo após, realizamos a secagem dos condutos com cones de papel absorvente e a obturação do canal radicular. Como material de escolha na disciplina de Clínica Infantil do UNILAVRAS, utilizamos a pasta de óxido de zinco e eugenol com iodofórmio para a realização da obturação. Com o auxílio de uma lima tipo Keer, introduzimos a pasta nos condutos e condessamos com uma bolinha de algodão na entrada dos canais radiculares. Posteriormente, o dente foi selado com material restaurador à base de óxido de zinco, o IRM.

Na consulta subsequente, planejamos a restauração do elemento 85, em que utilizamos uma matriz individual soldada para fazer a reabilitação do elemento dentário. Primeiramente realizamos a anestesia, o paciente foi muito colaborativo e conseguimos efetuar com tranquilidade. Utilizamos o recurso audiovisual com o intuito de distrair o paciente, enquanto prosseguíamos com o procedimento, o paciente assistia alguns desenhos pelo aparelho de celular, o que deixou ele bastante calmo durante o atendimento (Figura 21).

Figura 21 - Paciente utilizando recurso audiovisual como distração



Fonte - Arquivo pessoal da autora (2021).

A matriz metálica é adaptada à superfície do dente a ser restaurado, com o intuito de substituir as paredes ausentes e repor os contornos anatômicos, possibilitando uma boa restauração (MANDARINO et al., 2003). Para confeccionar uma matriz individual soldada, utilizamos um porta-matriz para medir o diâmetro do dente. Após determinado essa amplitude, levamos as extremidades no soldador e realizamos três pontos de solda (Figura 22).

Figura 22 - Matriz individual soldada



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

Depois de confeccionada a matriz individual, realizamos o isolamento absoluto para prosseguirmos com a restauração classe II ocluso mesial no elemento 85. Realizamos o condicionamento com ácido fosfórico 37% e aplicamos o adesivo Single Bond 2 da 3M®. Após a aplicação do sistema adesivo, posicionamos a matriz individual, estabilizando com uma cunha de madeira, inserimos de forma incremental a resina Filtek Z250 XT da 3M® e polimerizamos a cada incremento. Neste momento, pude observar que a matriz foi muito satisfatória para o restabelecimento do ponto de contato. Desse modo, após a finalização da restauração, removemos o isolamento absoluto e fizemos o ajuste oclusal (Figura 23). Logo após, foi realizado a radiografia final para avaliação do elemento dental (Figura 24).

Figura 23 - Matriz individual posicionada no dente (A), restauração no elemento 85 finalizado (B)



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

Figura 24 - Radiografia final do elemento 85



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

Na semana seguinte, realizamos a restauração no elemento 61 classe III mesial. O paciente chegou bastante ansioso e perguntando se usaríamos agulha no procedimento. Neste momento, utilizei a comunicação verbal para que a criança pudesse entender o que seria realizado. No primeiro instante, o paciente recusou a anestesia, desse modo, utilizei a técnica de manejo de reforço positivo, que segundo Silva et al. (2016) tem como objetivo motivar a criança pelo bom comportamento, através de elogios, expressões faciais e gestos positivos. Como o paciente havia colaborado nas últimas sessões, utilizei como incentivo o seu bom comportamento anteriormente e mostrei que não era necessário ele sentir medo. A criança colaborou e conseguimos realizar a anestesia com êxito, sendo a técnica de manejo do comportamento primordial para o seguimento do procedimento.

Logo após a anestesia, colocamos o isolamento absoluto, removemos a lesão cariiosa e restauramos com resina composta.

O principal objetivo da Odontologia, até recentemente, era tratar os sinais e sintomas associados às doenças bucais, principalmente a cárie. Com o desenvolvimento do conhecimento, a Odontologia mudou de um paradigma restaurador para o de educação e prevenção, principalmente na Odontopediatria. O prognóstico do presente caso clínico, que engloba no programa de longa duração envolve nas maneiras de mudar os hábitos do paciente, buscando a promoção de saúde e prevenção, para que não ocorram outras patologias bucais. O controle educativo será para avaliar os hábitos de higiene e dieta, evidenciar a presença de biofilme e educar o paciente sobre a importância da remoção do mesmo. O controle preventivo será para realizar os exames periódicos e radiografias, monitorar o tratamento pulpar realizado, assim como, avaliar a necessidade de uma aplicação tópica de flúor ou um selamento de fóssulas e fissuras como método de prevenção da cárie dentária. Além disso, a manutenção preventiva será necessária para acompanhar a erupção dos dentes permanentes e observar o momento para remover o mantenedor de espaço. O prognóstico do paciente é bom, visto que, durante os atendimentos percebi uma melhora significativa nos cuidados com a saúde bucal, diminuindo bastante a presença de biofilme.

Diante do tratamento realizado, pude perceber a importância da criação de um vínculo com a criança e com a família, para estabelecer uma parceria e obter

sucesso no tratamento, desse modo, alcançar uma saúde bucal de qualidade (Figura 25). Concluí que a reabilitação oral da criança envolveu diversas áreas da odontologia e foi possível devolver a função e também a estética do paciente com sucesso.

Figura 25 - Fotografia realizada no último dia de atendimento.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Mylla Rodarte Rios

Meu nome é Mylla Rodarte Rios, tenho 23 anos, sou natural de São João Del Rei, Minas Gerais e filha de pais professores. Desde pequena fui muito apaixonada pela área da saúde; atividades relacionadas a Medicina e a Odontologia faziam parte da minha rotina de brincadeiras; ficava encantada com os livros de anatomia da minha mãe e adorava ir com ela às aulas que ela ministrava para o curso de Técnico de Enfermagem. A partir de então, sentia que na minha idade adulta eu deveria trabalhar cuidando da saúde das pessoas.

Com o passar do tempo, meu maior interesse profissional foi na área médica, tanto que durante os três anos de ensino médio foquei em meus estudos para passar no “tão sonhado curso de Medicina”! Após o ensino médio, fiz dois anos de cursinho, morando em uma outra cidade onde prestei o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e obtive uma boa nota. Mas isso não me possibilitou entrar em um curso de Medicina de uma Universidade Federal, conforme eu desejava. No ano de 2016, após fazer o meu último ENEM, eu decidi não passar mais um ano fazendo cursinho, nem me submetendo ao momento de ansiedade e estresse que essa prova proporciona.

A Odontologia nunca foi minha primeira ou segunda opção, pois sempre imaginei que a profissão só focava nos dentes e na retirada de suas cáries. Porém, minha família me incentivou a tentar fazer esse curso, por isso, no ano de 2016 orei a Deus e pedi para que Ele me ajudasse na escolha de minha profissão. A partir de então, resolvi que tentaria cursar Odontologia.

Entrei na faculdade de Odontologia no ano de 2017, com um pouco de medo, mas com a certeza de que no meio do ano eu estaria trocando de curso, já que a minha mãe tinha me dado a possibilidade de tentar e, caso eu não gostasse, eu poderia trocar de área. Mas, essa minha teoria não se concretizou! Já no primeiro período, notei o quanto encantadora é essa profissão e como era bom ver os pacientes saindo gratos e satisfeitos com o pouco que cada aluno poderia oferecer. Percebi que a Odontologia cuida do paciente como um todo, que a saúde bucal precisa estar em perfeita harmonia com a saúde geral e que a boca é um órgão que compreende muito mais do que dentes.

A escolha do Centro Universitário de Lavras foi pelo fato de a faculdade ser bem conceituada no curso de Odontologia e pela influência de minha mãe que estudou e se formou em Ciências Biológicas nessa Universidade. O desejo de estudar morando em uma cidade próxima a minha também influenciou nessa escolha, pois eu teria a facilidade de voltar para minha cidade natal nos finais de semana, para ficar com a família.

2.3.1 Desenvolvimento da Atividade

Ao começar a disciplina de Clínica Integrada IV, deparei-me com uma paciente de 49 anos de idade, melanoderma, com histórico de depressão, entrando

no período de menopausa e utilizando o medicamento Clonazepan. Ela procurou o atendimento a fim de instalar uma Prótese Parcial Removível (PPR). Na entrevista, a paciente relatou que já havia usado “uma dessas próteses”, porém, essa ficava “bamba”, sem condições de uso e ela tinha o desejo de possuir uma outra, mais justa, pois ficar sem os dentes, principalmente os anteriores, fazia com que ela não se sentisse bem para sorrir e isso influenciava diretamente na sua autoestima.

Na pesquisa feita por Probst et al. (2016), que tinha como objetivo estudar os fatores associados aos sentimentos provindos da perda dentária e da expectativa sobre as futuras próteses, chegou-se a conclusão de que os sentimentos mais negativos relacionados a perda dental eram mais perceptíveis em mulheres e nos mais jovens quando comparados com os homens e os participantes mais velhos que fizeram parte desta pesquisa. Papadaki e Anastassiadou (2012) mostram que a perda dos dentes traz consequências negativas para o fator psicológico, para a autoimagem e para a interação social. Correlacionando esses dois artigos com o caso descrito, percebe-se que a baixa autoestima da paciente é justificável, até mesmo por embasamentos científicos.

Indagada sobre o histórico das perdas de seus elementos dentários, a paciente relatou a falta de higienização. Isso, conseqüentemente, proporcionou o acúmulo de biofilme, fator determinante para a doença periodontal e para o aparecimento das cáries.

Durante a pesquisa do Programa Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2019), projeto Saúde Bucal realizado no ano de 2020, foi possível constatar que houve uma redução na taxa de perda de dentes da população adulta, comparando com a mesma pesquisa realizada nos anos de 2003 e 2010. Esta perda de dentes está muito relacionada com as doenças periodontais, prevalência de cárie e a uma Odontologia considerada mutiladora. Apesar das melhoras nos índices, ainda é muito frequente, nos atendimentos odontológicos, encontrar pacientes que sofrem com o edentulismo (perda dos dentes). Batista, Lawrence e Souza (2015, p.2826) dizem em sua pesquisa que:

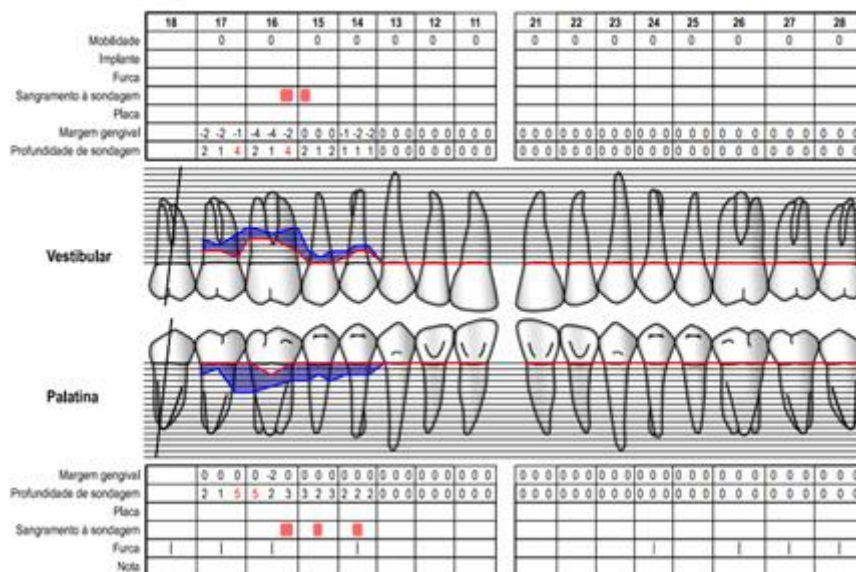
As doenças bucais constituem um problema de saúde pública e as perdas dentárias são suas principais sequelas, ocasionadas tanto pela falta de acesso à assistência odontológica que não seja mutiladora, quanto pelo sobre tratamento caracterizado pelo ciclo restaurador repetitivo (BATISTA; LAWRENCE; SOUZA, 2015, p.2826).

O primeiro passo para um planejamento da reabilitação da paciente foi realizar um exame intraoral, no qual foi observado, na arcada superior, a presença dos dentes 17, 16, 15, 14 e 13, cujo rebordo apresentava características normais; na arcada inferior havia a presença dos dentes 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, mas o rebordo inferior direito se encontrava reabsorvido.

Durante o exame clínico periodontal, observou-se que os dentes inferiores estavam com a profundidade de sondagem de acordo com a normalidade ($\leq 3\text{mm}$), já, os superiores, principalmente o 17 e o 16, estavam com a profundidade de sondagem alterada. Para o planejamento de uma PPR é necessário analisar a situação periodontal dos dentes remanescentes que irão servir como dentes suporte para a futura prótese (CARREIRO et al. 2008). Desse modo, nota-se a importância de exame periodontal para o planejamento de uma prótese adequada.

Steffens e Marcantônio (2018) caracterizam a saúde gengival com: ausência de perda de inserção, profundidade de sondagem até 3mm e sangramento em menos de 10% dos sítios ósseos. Mas, esta paciente não se enquadrava nos requisitos necessários para classificar o periodonto como saudável, como pode ser observado no periograma (Figura 26) e na radiografia panorâmica (Figura 27), onde observa-se, também, uma grande reabsorção óssea. O plano de tratamento proposto foi: instrução de higiene oral, controle de biofilme e instrumentação subgengival.

Figura 26 - Periograma



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

Figura 27 - Radiografia Panorâmica



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

É importante ressaltar que os exames complementares, como a radiografia panorâmica, são de alta relevância dentro de um planejamento odontológico. Neste tipo de radiografia podemos observar: presença de processos patológicos na área óssea de mandíbula e maxila; visualização dos seios maxilares e se há alguma alteração nos mesmos; presença de reabsorção óssea; visão geral dos dentes. Utilizando este exame, observar-se o complexo bucomaxilofacial de uma forma mais ampla, possibilitando solucionar eventuais alterações antes de reabilitar o paciente (BARBIERI, 2011).

Ainda durante o exame inicial, observou-se na arcada inferior do lado direito uma brida com inserção na área basal, o que poderia atrapalhar a estabilidade da futura prótese (Figura 28).

Figura 28 - Brida na arcada inferior direita



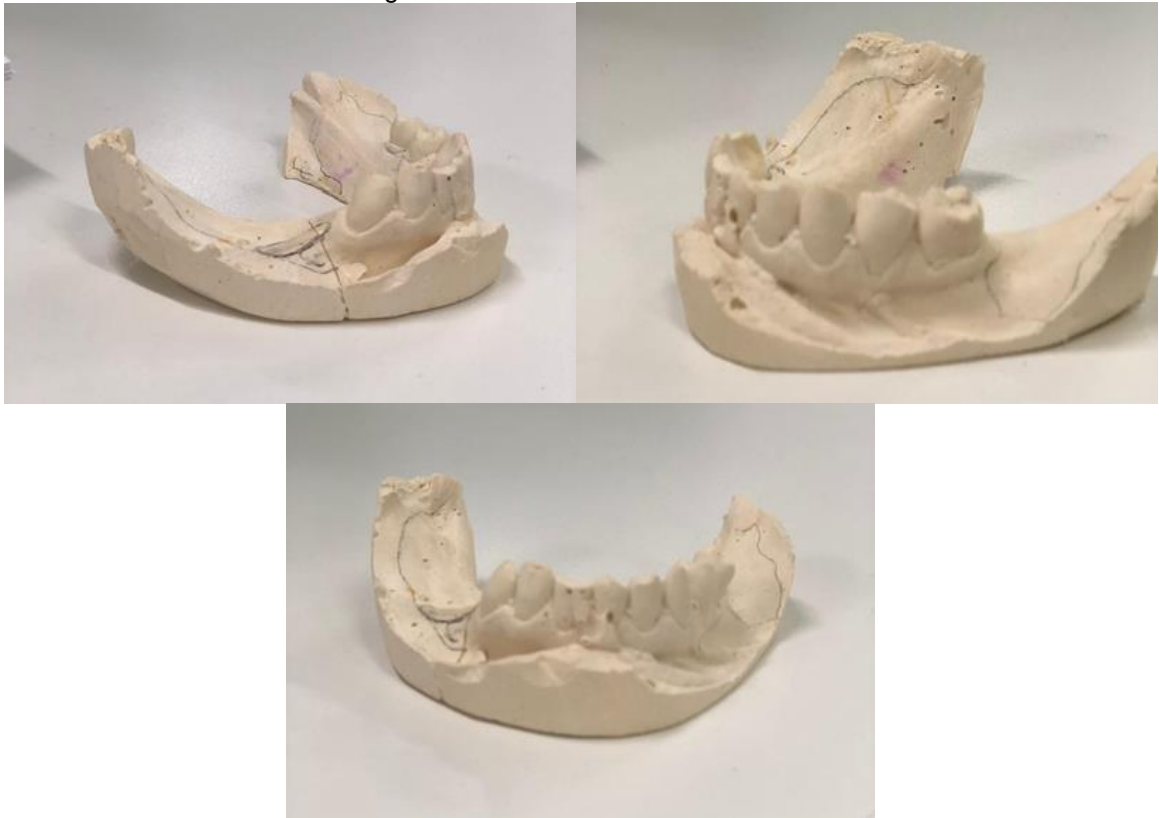
Fonte: Arquivo pessoal do Prof. Dr. Douglas Campideli Fonseca (2021).

A estabilidade é a capacidade da prótese de resistir ao deslocamento horizontal durante movimentos fisiológicos. Essa estabilidade está relacionada com a “cobertura correta da área basal, as condições do rebordo, da forma e tamanho dos flancos, das relações maxilomandibulares e da oclusão” (VOLPATO et al., 2013, p.269). Por isso, a presença da brida altera a condição do rebordo, além de fazer com que não haja uma estabilidade adequada, podendo, também, ocasionar úlceras traumáticas.

Peixoto, Campos Peixoto e Alessandretti (2015), em um estudo retrospectivo, relacionaram processos patológicos e uso de próteses. Observaram que há uma enorme prevalência de úlceras traumáticas em pacientes reabilitados. Os mesmos autores afirmam que as úlceras traumáticas em pacientes que utilizam PPR ocorrem devido à presença de oclusão não balanceada e bordas sobre estendidas, próteses mal polidas, distorções oclusais e falta de adaptação da prótese ao rebordo.

Cabe salientar que a retenção também é prejudicada quando há alterações na área chapeável, visto que, uma inserção muscular pode afetar o correto vedamento da prótese. Aguiar (2018) cita a importância de uma moldagem anatômica e funcional para se obter a cópia da área basal e assim analisar se há alguma intercorrência que atrapalhe a estabilidade e a retenção da futura prótese, dificultando, assim, a reabilitação (Figura 29).

Figura 29 - Modelo de estudo inferior



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

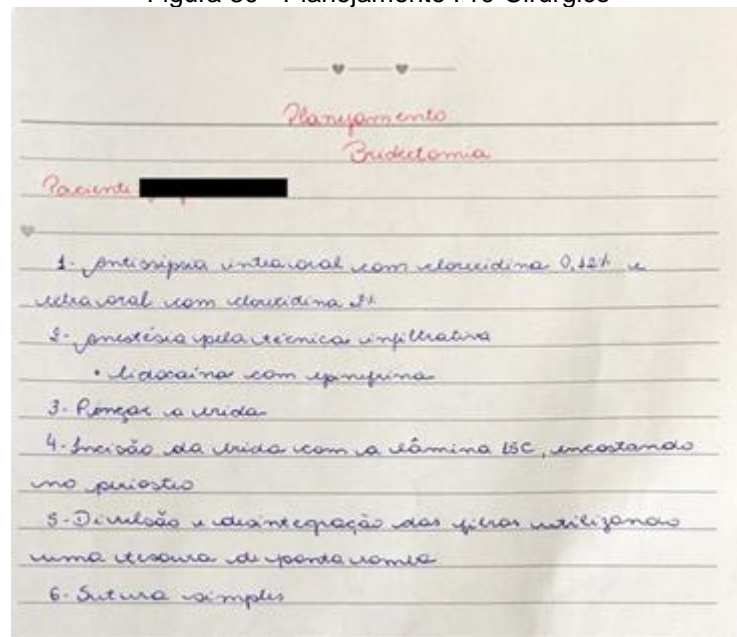
Após análise intraoral e análise do modelo de estudo, chegou-se à conclusão de que haveria a necessidade de realizar uma cirurgia pré-protética para a remoção da brida. Esse procedimento tem como objetivo modificar, de forma cirúrgica, o processo alveolar e suas estruturas circundantes a fim de permitir a fabricação de uma prótese dentária bem ajustada, confortável e estética (DEVAKI et al., 2012).

Segundo Hupp, Ellis III e Tucker (2021, p.228), as cirurgias pré-protéticas podem ser classificadas de acordo com seu objetivo e técnica e dentre elas temos:

- Recontorno do rebordo alveolar, quando este se encontra com irregularidades ósseas após a extração de um dente ou depois de um período de cicatrização;
- Remoção de tórus (mandibular e maxilar);
- Correção de anormalidades do tecido mole, que são os tecidos fibrosos ou hipermóvel, presença de lesões inflamatórias, inserções anormais de músculos e freios;
- Enxertos ósseos (HUPP; ELLIS III; TUCKER, 2021, p.228).

O primeiro passo foi elaborar um planejamento para que no momento da cirurgia tivesse materiais necessários e sua execução acontecesse sem nenhuma intercorrência (Figura 30).

Figura 30 - Planejamento Pré-Cirúrgico




Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

Ao revisar a anamnese na etapa de planejamento, foi constatado que a paciente fazia uso de medicamento Clonazepam para tratamento de ansiedade e depressão, fármaco este que poderia ser uma contraindicação na solução anestésica e no vasoconstritor a ser escolhido para o referido procedimento.

Sabe-se que “antidepressivos tricíclicos reagem com o vasoconstritor adrenérgico presente nas soluções anestésicas potencializando seu efeito, causando, assim, um aumento da pressão arterial” (ANDRADE, 2014, p.80). Porém, de acordo com a sua bula (Figura 31), o medicamento Clonazepam se enquadra como um benzodiazepínico, componente que não interage com a adrenalina presente na solução anestésica.

Figura 31 - Bula do medicamento Clonazepam

clonazepam



Forma farmacéutica e apresentações
Comprimido. Embalagens contendo 20, 30 ou 40 comprimidos.
Embalagem Hospitalar contendo 60 comprimidos.

USO ADULTO
USO ORAL

COMPOSIÇÃO
Cada comprimido contém:
clonazepam 2,0 mg
excipiente* q.s.p. 1 com

* amido, celulose microcristalina, lactose e estearato de magnésio.

INFORMAÇÃO AO PACIENTE

Ação esperada do medicamento
O clonazepam pertence a uma família de remédios chamados benzodiazepínicos, que possuem como principais propriedades inibição leve de várias funções do sistema nervoso permitindo com isto uma ação anticonvulsivante, alguma sedação, relaxamento muscular e efeito tranquilizante. Em estudos feitos em animais o clonazepam foi capaz de inibir crises convulsivas de diferentes tipos, tanto por agir diretamente sobre o foco epiléptico como por impedir que este interfira na função do restante do sistema nervoso.

Fonte: <https://www.saudedireta.com.br/catinc/drugs/bulas/clonazepamems.pdf>

Caldas et al. (2015) citam que os vasoconstritores trazem vários benefícios clínicos como o aumento da durabilidade do anestésico, diminuem a probabilidade de ocorrer efeitos colaterais e ajudam no controle da hemorragia durante o procedimento cirúrgico. O anestésico escolhido foi a Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. A técnica de aplicação escolhida foi de forma infiltrativa ao redor da brida e o bloqueio de nervo pela técnica mentoniana com aplicação controlada e não excessiva para que não se formasse um edema que atrapalhasse a anatomia da estrutura a ser retirada.

Após a anestesia, foi feito o pinçamento da brida em sua base (Figura 32) e depois, com a lâmina 15C, foi feita a incisão ao redor da mesma, a fim de removê-la (Figura 33). É importante que esta lâmina encoste no perióstio para que o retalho seja dividido. Em seguida deve-se fazer a divulsão e a desintegração das fibras utilizando uma tesoura de ponta romba (Figura 34).

Figura 32 - Pinçamento da brida



Fonte: Arquivo pessoal do Prof. Dr. Douglas Campideli Fonseca (2021).

Figura 33 - Tecido Incisado



Fonte: Arquivo pessoal do Prof. Dr. Douglas Campideli Fonseca (2021).

Figura 34 - Divulsão e Desintegração do Tecido



Fonte: Arquivo pessoal do Prof. Dr. Douglas Campideli Fonseca (2021).

“A cavidade oral é revestida por tecido epitelial pavimentoso estratificado queratinizado ou não, variando de acordo com a região” (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2017, p.295). A brida, por sua vez, é uma dobra da parte mucosa da boca constituída por fibras musculares que são responsáveis por ligar a mucosa jugal e o lábio no processo alveolar e na gengiva (GOIS et al. 2018), e por isso se faz necessário a divulsão do tecido para que ocorra a desintegração das fibras musculares aderidas ao osso e libere a inserção do freio.

O próximo passo foi realizar a sutura que tem como objetivo a melhor aposição dos tecidos para que a cicatrização seja facilitada e ocorra de forma

adequada (POGREL; KAHNBERG; ANDERSSON, 2016, p.48). Para esta cirurgia, foi preconizada a sutura simples utilizando um fio não reabsorvível, no caso, fio de Nylon, sendo que o primeiro ponto foi dado no meio da ferida cirúrgica e os outros, nas bordas (Figura 35).

Figura 35 - Sutura



Fonte: Arquivo pessoal do Prof. Dr. Douglas Campideli Fonseca (2021).

Associada à cirurgia, foi feita uma aplicação de laser vermelho (660nm, 100mW) e infravermelho (808nm, 100mW), simultaneamente, aplicando em cima da ferida cirúrgica com uma irradiação de 1J (Joule) por ponto, com o objetivo de analgesia e melhor cicatrização (Figura 36).

Figura 36 - Aplicação de Laser



Fonte: Arquivo pessoal do Prof. Dr. Douglas Campideli Fonseca (2021).

A utilização do laser é considerada uma terapia com luz de baixa frequência cuja baixa irradiância emitida é capaz de transformar energia luminosa em energia física e/ou química, que desencadeia uma cascata de eventos biológicos (NUNEZ; GARCEZ; RIBEIRO, 2021).

O laser vermelho por apresentar um menor comprimento de onda tem uma menor penetração nos tecidos e por isso ajuda no processo de cicatrização. Já, o laser infravermelho tem uma maior penetração nos tecidos, devido a seu maior comprimento de onda, ajudando, assim, na analgesia e na diminuição do edema (NUNEZ; GARCEZ; RIBEIRO, 2021).

Realizado o procedimento cirúrgico, foi receitado à paciente um analgésico, para o caso de dor no período pós-operatório, sendo eleita a Dipirona Monoidrata 500mg, posologia: 40 gotas de 4 em 4 horas, durante 3 dias. Foi recomendado também, um bochecho com 15 ml da solução de Periogard sem álcool, por 30 segundos, de 12 em 12 horas, durante 7 dias e esperando um intervalo de 30 minutos para fazer a escovação (Figura 37).

Figura 37 - Receituário

UNILAVRAS
Centro Universitário de Lavras - Curso de Odontologia
Rua Padre José Poggel, 506 - Bairro Padre Dehom - 37203-593 - Lavras/MG
http://www.unilavras.edu.br Tel: (0xx35) 3694-8111

UNILAVRAS

CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS
RECEITUÁRIO

Paciente: [REDACTED]
Endereço: [REDACTED]
Bairro: [REDACTED] Cidade: [REDACTED] Tel: (0xx) [REDACTED]

USO INTERNO:

1- Dipirona monoidratada 500mg 1 frasco
Tomar 40 gotas, de 4 em 4 horas, durante 3 dias, sem comer
ou beber.

USO EXTERNO:

1- Periogard sem álcool 1 frasco
Bochechas 15ml da solução, por 30 segundos, de 12 em 12
horas. Não engolir. Observar intervalo de 30 minutos
entre os bochechos e o uso da escovação. Durante
7 dias.

Dona, 19 de junho 2021

Clínica de Odontologia - UNILAVRAS
Dra. Angélica Fonseca
Cra - 000181
CRM 22227

Recibo o original em 18/06/21 às 13:30 min., e fui orientado sobre a necessidade da utilização correta da medicação na dosagem e/ou concentração, posologia, via de administração e período. Qualquer problema ou dúvida deverá entrar em contato imediato com Clínica Odontológica, pelo telefone 3694-8111.

Assinatura do (a) paciente: [REDACTED]

Nosso lema: Pro Deo et Mundo - dar glórias a Deus através da promoção humana da criação humana com solidariedade e amor, por causa da sua dignidade.

Fonte: Prontuário da paciente arquivado na Clínica Odontológica do UNILAVRAS (2021).

O Periogard é uma solução composta por digluconato de clorexidina a 0,12%. Esta substância tem um poder antisséptico e antimicrobiano (Pegoraro et al. 2014). Hortense et al. (2010, p.180) ainda citam que sobre este composto,

A ação terapêutica da clorexidina tem papel fundamental na diminuição de doenças e agravos à saúde bucal, como no período de cicatrização após cirurgias orais ou periodontais, em terapias de ulcerações aftosas e de estomatite protética, de gengivite úlcero-necrosante aguda, de fraturas de mandíbula e maxila (HORTENSE et al.,2010, p.180).

Após dois meses da realização da cirurgia, a paciente voltou à Clínica Odontológica para reavaliação da brida. Notou-se que houve uma boa cicatrização e que a inserção da brida não é mais um fator que atrapalhará a reabilitação (Figura 38). Com o sucesso deste procedimento e o rebordo apto para receber a PPR, no qual o mesmo se apresenta com uma boa retenção e estabilidade, o plano de tratamento dará continuidade e espera que a prótese fique bem ajustada, confortável e estética.

Figura 38 - Pós-operatório após dois meses



Fonte: Arquivo pessoal do Prof. Dr. Douglas Campideli Fonseca (2021).

3 AUTOAVALIAÇÃO

3.1 Autoavaliação da aluna Ana Cláudia Guimarães Martins

A certeza de ter a Odontologia como profissão sempre esteve presente na minha vida. Lutei para que isso fosse possível e hoje me sinto realizada de estar concretizando esse sonho. Iniciei o meio acadêmico no segundo semestre de 2017 e de lá até aqui vivi momentos de dificuldades, aprendizado, alegria e realizações. Foram anos muito bem vividos, tendo a oportunidade de conhecer amigos verdadeiros e profissionais incríveis que nos inspiram na excelência.

A relação que tive com todos os meus pacientes, me traz a certeza de estar no caminho certo. Sinto um grande carinho e gratidão por todos. Para mim, a Odontologia é um meio que nos permite ajudar, reabilitar e transformar a vida de cada paciente, fazendo disso um atendimento único e humanizado.

Através desse caso clínico, tive a oportunidade de adquirir um conhecimento enorme sobre Ortodontia, onde tive a comprovação que devemos tratar cada paciente de forma única e individual sendo também possível saber diagnosticar problemas de má oclusão, que são frequentemente encontrados no dia a dia do profissional dentista. Todo o aprendizado foi de grande importância para minha vida pessoal e profissional.

Para finalizar, digo com muito orgulho que vou me formar nessa instituição. Nela encontrei excelentes profissionais e funcionários, que vou levar comigo um aprendizado diferente de cada um. Com o amparo, carinho e atenção que tive por todos, posso afirmar que fui muito bem preparada para exercer minha profissão.

3.2 Autoavaliação da aluna Milena Alves de Souza

Desde o início da graduação imaginei essa etapa do curso de outra maneira e com outras expectativas, porém fomos surpreendidos com a pandemia do Coronavírus e estamos vivendo em tempos atípicos, o que fez mudar a nossa realidade e toda vivência clínica. Diante disso, foram suspensas e limitadas diversas práticas e experiências, entretanto, foi possível obter outros conhecimentos que jamais poderia imaginar, como por exemplo, o ensino remoto. Dessa maneira, pude

amadurecer meu comportamento e minha visão diante dos meus compromissos. Além disso, valorizar a importância do contato com os pacientes e de ter pessoas ao meu lado fisicamente.

Durante todos esses anos de curso me deparei com histórias de vida e realidades totalmente opostas a minha, o que me fez crescer e me tornar um ser humano melhor. Sempre fui uma pessoa tímida com grande dificuldade de comunicação e a Odontologia me ajudou a superar esse desafio através da possibilidade de contato com diversas pessoas.

Como uma futura cirurgiã-dentista, tenho propriedade para dizer que a Odontologia vai muito além de tratar dentes, ela tem a capacidade de restaurar o bem-estar, saúde, autoestima e, além de tudo, promover a inclusão social dos pacientes. Através de uma Odontologia humanizada, sempre busquei me colocar no lugar do outro, a escutar as suas queixas e entender que, às vezes, o problema do outro pode ser banal para alguns e de grande impacto para outros.

Foram grandes as dificuldades durante o curso, vários momentos de medos e inseguranças, porém ficam insignificantes diante da felicidade de ver o paciente satisfeito com o tratamento e sorrindo para a vida.

Se alguém me perguntasse no início do curso do por que escolhi a Odontologia, provavelmente responderia que era porque sempre quis um curso na área da saúde, porém se me fizessem a mesma pergunta hoje, a resposta seria porque eu quero fazer a diferença na vida das pessoas. Sou muito grata por ter escolhido essa profissão linda e sinto preparada para os próximos caminhos que irei trilhar.

3.3 Autoavaliação da aluna Mylla Rodarte Rios

Neste ano de 2021, marcado pela pandemia do vírus COVID 19, em que o mundo todo vive momentos tristes e de incerteza, foi gratificante atender a esse caso, sendo que para isso acontecer foi seguido um rigoroso protocolo sanitário. Atender essa paciente despertou em mim a esperança de ser capaz de devolver o sorriso ao rosto de quem vem aproveitando a “máscara da pandemia” para esconder falhas dentárias.

Esse foi um pequeno passo para uma grande reabilitação que ainda deve ser feita na paciente. Dá para perceber que a expectativa e a felicidade dela aumentam a cada etapa concluída. Eu adquiri um carinho especial por essa paciente e por sua família, que tem me mostrado que apesar das adversidades da vida nunca podemos desistir daquilo com que sonhamos. Tenho plena convicção de que este caso me confirmou ainda mais a profissional que quero ser - aquela que não se preocupa somente com os dentes, mas, também, interessa-se por toda a história que cerca seu paciente.

Fazer esse procedimento cirúrgico, em meio a muitos estudos, me trouxe crises de ansiedade e medo. Cirurgia nunca foi meu ponto forte durante os anos de graduação e me remetia alguns momentos delicados e de muito nervosismo os quais fui superando com a ajuda dos professores Dr. Douglas Campideli Fonseca e Me. Luiz Fernando Ferreira de Oliveira, assim consegui realizar o procedimento com sucesso. De fato, todos os conselhos, a ajuda para elaborar o planejamento, o incentivo e a orientação desses mestres foram de muita importância nesse momento, por isso sou muito grata a eles.

Os cinco anos de graduação foram uma caminhada desafiadora para mim. Em muitos momentos pensei em desistir, acreditei que não estava no lugar certo e que não tinha aptidão para exercer a profissão de Odontologia. Mas o apoio dos meus familiares, do meu namorado, das amigas que fiz na faculdade e dos meus professores, me fazia levantar e me animava para continuar a caminhada. A certeza que eu tenho é de que escolhi a profissão certa, na faculdade certa e que esta cumpriu todos os requisitos que eu tanto esperava. Tenho a confiança de que vou me tornar uma profissional com uma bagagem enorme de conhecimentos, experiências e práticas.

4 CONCLUSÃO

Ao realizar este trabalho pudemos observar que na Odontologia a literatura nos embasa e fundamenta, mas o contato com o paciente faz com que o tratamento seja individualizado e mutável. Além disso, reconhecer os sentimentos e anseios que cercam um atendimento odontológico faz parte de um plano de tratamento de sucesso e torna o profissional mais empático.

Este trabalho agregou de forma enriquecedora para nossa formação, aprimorando conhecimentos, experiências, permitindo o nosso crescimento e evidenciando que Odontologia vai muito além da cavidade bucal e de tratamentos dentários. O atendimento é capaz de transformar uma vida, pois o sorriso pode curar males da alma e encantar pessoas.

Um ciclo se encerra e agora começamos uma nova etapa profissional, com a certeza de que todos os aprendizados foram válidos e que estamos capacitados para reabilitar sorrisos, enfrentar novos desafios e atuar com a responsabilidade que adquirimos ao longo destes anos.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AGUIAR, C. H. da S. **Meios de retenção e estabilidade em prótese total**: Revisão de Literatura. 2018. 6f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos. Disponível em:

https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/135/1/Christopher_Aguiar_0007089.pdf Acesso em: 22 jun. 2021.

ALSADAT, F. A. et al. Dental fear in primary school children and its relation to dental caries. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, v.21, n.11, p.1454-1460, 2018. Disponível em: https://www.njconline.com/temp/NigerJClinPract21111454-6581818_181658.pdf Acesso em: 16 maio 2021.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Pulp therapy for primary and immature permanent teeth. **The Reference Manual of Pediatric Dentistry**, Chicago, p.384-392, 2020. Disponível em: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_pulptherapy.pdf Acesso em: 06. jun. 2021.

ANDRADE, E. D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=WGY3AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&dq=Livro+Terape%CC%82utica+medicamentosa+em+odontologia&ots=ThVMkCrK4j&sig=gGqndEoufudfoZbY_9TrDARV_eWw#v=onepage&q=Livro%20Terape%CC%82utica%20medicamentosa%20em%20odontologia&f=false Acesso em: 12 jun. 2021.

BARBIERI, A. A. **Importância da radiografia panorâmica como instrumento auxiliar às práticas clínica e odontolegal**. 2011. 80f. Tese (Doutorado em Biopatologia Bucal) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Unesp, São José dos Campos. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/105862/barbieri_aa_dr_sjc.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 22 jun. 2021.

BATISTA, E. R.; SANTOS, D. C. L. Mordida cruzada posterior em dentição mista. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v.29, n.1, p.66-74, jan./abr., 2017. Disponível em: <https://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/198/95> Acesso em: 10 jul. 2021.

BATISTA, M. J.; LAWRENCE, H. P.; SOUSA, M. da L. R. de. Classificação das perdas dentárias: fatores associados a uma nova medida em uma população de adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.9, p.2825-2835, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fWDbSgyrVhjDFssnxLqYZMJ/?lang=pt> Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SB Brasil 2020 Pesquisa Nacional de Saúde Bucal** – Projeto Técnico. Brasília, 2019. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/projetosbbrasil2020CONSULTAPUBLICA.pdf> Acesso 11 maio 2021.

CALDAS, C. S. et al. Avaliação clínica da epinefrina em diferentes concentrações para anestesia local odontológica. **Revista Dor**. São Paulo, v.16, n.1, p.1-5, jan./mar., 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rdor/a/DcNfYrLhXrPJ7CpySP5bxMF/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 20 jun. 2021.

CARREIRO, A. da F. P. et al. Aspectos biomecânicos das próteses parciais removíveis e o periodonto de dentes suporte. **Periodontia**, v.18, n.1, p.105-113, 2008. Disponível em:

<http://www.interativamix.com.br/SOBRAPE/arquivos/marco2008/artigo16.pdf> Acesso

em: 22 jun. 2021.

CLONAZEPAM. Responsável Técnico: Maurício Artur Salt. São Paulo: EMS Ltda, 2020. Bula de remédio. Disponível em:

<https://www.saudedireta.com.br/catinc/drugs/bulas/clonazepamems.pdf> Acesso em:

10 jun. 2021.

COSTA, J. G. et al. Retention period after treatment of posterior crossbite with maxillary expansion: a systematic review. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v.22, n.2, p.35-44, Mar./Apr., 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/dpjo/a/DNwzzJ5rGRsbzFMHHNWYqKD/?lang=en&format=pdf>

Acesso em: 15 jun. 2021.

CRUZ, J. H. de A. et al. Mordida cruzada posterior: um enfoque à epidemiologia, etiologia, diagnóstico e tratamento. **Archives of Health Investigation**, v.8, n.3, p.157-163, Mar., 2019. Disponível em:

<https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/3180/pdf> Acesso em:

12 jul. 2021.

DEVAKI, V. N. et al. Pre-prosthetic surgery: Mandible. **Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences**, v.4, n. 2, p.414-416, 2012. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3467894/> Acesso em: 25 jun. 2021.

FARIA BICALHO, R. de; BICALHO, J. S. Uma nova abordagem para o tratamento da agenesia bilateral de pré-molares inferiores. **Revista Clinica de Ortodontia Dental Press**, v.14, n.6, p.35-59, jan., 2016. Disponível em:

<https://www.bicalhoortodontia.com.br/wp-content/uploads/2011/12/Uma-nova-abordagem-para-o-tratamento-de-agenesia-de-pre%CC%81s-molares-inferiores.pdf>

Acesso em: 15 jul. 2021.

FIUZA, N. et al. Planejamento e plano de tratamento em odontopediatria: Relato de caso clínico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v.29, n.1, p.81-9, jan./abr., 2016. Disponível em:

https://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/janeiro_abril_2017/Odonto_01_2017_81-9%202.pdf Acesso em: 12 mai. 2021.

FLORES, R. P. et al. Quick maxilla expansion clinical case report. **Revista FAIPE**. v.11, n.1, p.25-40, jan./jun. 2021. Disponível em:

[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/228-4-978-1-10-20210527%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/228-4-978-1-10-20210527%20(1).pdf) Acesso em: 10 jul. 2021.

GUEDES-PINTO; A. C. **Odontopediatria**. 9.ed. Rio de Janeiro: Santos, 2017.

GOIS, J. N. P. et al. Brida lateral anômala associada a diastema-tratamento cirúrgico: relato de caso clínico. **Journal of Orofacial Investigation**, v. 5, n.3, p.26-34, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/305-1314-1-PB.pdf> Acesso em: 25 jun. 2021.

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

HILLESHEIM, C. **Efeitos esqueléticos decorrentes da expansão Maxilar rápida e lenta**: uma revisão de Literatura. 2018. 56f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/187442/TCC-BU%20pronto.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 20 jul. 2021.

HORTENSE, S. R. et al. Uso da clorexidina como agente preventivo e terapêutico na odontologia. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 178-184, maio/ago., 2010. Disponível em: <https://www.cemoi.com.br/wp-content/uploads/2019/02/CEMOI-Odontologia-Hospitalar-UTI-113.pdf> Acesso em: 10 jun. 2021.

HUPP, M.R.; ELLIS III, J.; TUCKER, E. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 7. ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN Guanabara Koogan, 2021.

JANSON, G. et al. **Introdução à Ortodontia**. São Paulo: Artes Médicas, 2013. Disponível em: <https://www.amazon.com.br/Introdu%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-Ortodontia-Guilherme-Janson/dp/8536701854?asin=B0170F96G6&revisionId=&format=4&depth=1> Acesso em: 15 jul. 2021.

JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. **Histologia Básica - Texto & Atlas**. 13. ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2017.

KRONIŃA, L.; RASČEVSKA, M.; CARE, R. Psychosocial factors correlated with children's dental anxiety. **Stomatologija, Baltic Dental and Maxilofacial Journal**, v.19, n.3, p. 84-90, 2017. Disponível em: <https://sbdmj.lsmuni.lt/173/173-03.pdf> Acesso em: 16 mai. 2021.

LOPES, H. P.; SIQUEIRA JÚNIOR, J. F. **Endodontia: biologia e técnica**. 5. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2020.

MANDARINO, F. et al. **Matrizes e Cunhas para Restaurações de Amálgama**. WebMasters do Laboratório de Pesquisa em Endodontia da FORP-USP. 2003. Disponível em:

https://www.forp.usp.br/restauradora/dentistica/temas/amalgama/amalgama_09/amalgama_09.html Acesso em: 6 jun. 2021.

MARSILLAC; M. de W. S. de. **Controle da dor, medo e ansiedade em Odontopediatria**. 1. ed. São Paulo: Santos, 2013.

MARTINS NETO, R. S. et al. Prevalência de anomalias dentárias em radiografias panorâmicas. **Archives of Health Investigation**, v.8, n.2, p.68-73, 2019. Disponível em: <https://archhealthinvestigation.com.br/ArchI/article/view/3247/pdf> Acesso em: 12 jul. 2021.

MASSARA, M. de L. de A.; RÉDUA, P. C. B. **Manual de Referência para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2013.

MATOS, L. B.; FERREIRA, R. B.; VIEIRA, L. D. S. Manejo de comportamento em crianças com ansiedade e estresse em clínica de Odontopediatria. **Revista Odontológica do Planalto Central**, v.4, n.1, p.18-24, jun./nov., 2018. Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/147/1/Letycia_Braz_0005027.pdf Acesso em: 01 jun. 2021.

MORIKAVA, F. S. et al. Healthy and cariogenic foods consumption and dental caries: A preschool-based cross-sectional study. **Oral Diseases**, v.24, n.7, p.1310-1317, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/odi.12911> Acesso em: 15 jun. 2021.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 4.ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2016.

NUNES, S. C.; GARCEZ, A. S.; RIBEIRO, M. S. **Aplicação clínica do laser na Odontologia** 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2021.

PAPADAKI, E.; ANASTASSIADOU, V. Elderly complete denture wearers: a social approach to tooth loss. **Gerodontology**, v.29, n.2, p. e721-e727, 2012. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/j.1741-2358.2011.00550.x> Acesso em; 15 jun. 2021.

PEGORARO, J. et al. Efeitos adversos do gluconato de clorexidina à 0, 12%. **Journal of Oral Investigations**, v. 3, n. 1, p. 33-37, 2014. Disponível em: <https://seer.imesp.br/index.php/JOI/article/view/1036/670> Acesso em: 15 jun. 2021.

PEIXOTO, A. P.; CAMPOS PEIXOTO, G. de; ALESSANDRETTI, R. Relação entre o uso de prótese removível e úlcera traumática-revisão de literatura. **Journal of Oral Investigations**, v. 4, n.1, p.26-32, 2015. Disponível em: <https://seer.imesp.br/index.php/JOI/article/view/1241/796> Acesso em 20 jun. 2021.

POGREL, M. A.; KAHNBERG, K. E.; ANDERSSON, L. **Cirurgia Bucomaxilofacial**. 1. ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2016.

PROBST, L. F. et al. Fatores associados aos sentimentos decorrentes da perda dentária total e às expectativas de reposição protética em adultos e idosos. **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.347-354, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/rtJqfMybMLCVJ9Fm4GnC4Nb/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 15 jun. 2021.

RIBEIRO, A. de A.; ROSA, T. da C. Cariologia em Odontopediatria. In: SCARPARO, A. **Odontopediatria: bases teóricas para uma prática clínica de excelência**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2021.

SCARPARO, A. **Odontopediatria: bases teóricas para uma prática clínica de excelência**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2021.

SILVA, L. F. P. et al. Técnica de manejo comportamental não farmacológica na odontopediatria. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v.28, n.1, p.135-142, maio/ago., 2016. Disponível em:
https://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2016/Odonto_02_2016_135-142_1.pdf Acesso em: 20 jun. 2021.

STEFFENS, J. P.; MARCANTONIO, R. A. C. Classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares 2018: guia prático e pontos-chave. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.47, n.4, p.189-197, jul./ago., 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rounesp/a/F9F6gnVnNm6hFt6MBrJ6dHC/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 15 jul. 2021.

TAVARES, A.; ESTRELA, C. R. A.; LAZARI-CARVALHO, P. C. Ortodontia interceptativa no tratamento de mordida cruzada posterior bilateral e mordida aberta anterior: relato de caso. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v.28, n.87, p.248-251, 2019. Disponível em:
<https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/1384/2793> Acesso em: 15 jun. 2021.

VOLPATO, C. A. M. et al. **Próteses Odontológicas: uma visão contemporânea – fundamentos e procedimentos**. São Paulo: Santos, 2017.

ZOU, J. et al. Common dental diseases in children and malocclusion. **International Journal of Oral Science**, v.10, n.1, p.1-7, 2018. Disponível em:
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Common_dental_diseases_in_children_and_malocclusio.pdf Acesso em: 20 jun. 2021.