CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

EDIVAN MOREIRA MELO
GUSTAVO APARECIDO TEIXEIRA
JÉSSICA SILVA DIONÍSIO
KARLA SELVATI

PORTFÓLIO ACADÊMICO

LAVRAS – MG
2022

EDIVAN MOREIRA MELO

GUSTAVO APARECIDO TEIXEIRA

JÉSSICA SILVA DIONÍSIO

KARLA SELVATI

PORTFÓLIO ACADÊMICO

Portfólio 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

2022

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

S469p Portfólio Acadêmico /Edivan Moreira Melo, Gustavo Aparecido Teixeira, Jéssica Silva Dionísio, Karla Selvati – Lavras: Unilavras, 2022.

77f.:il.

Portfólio acadêmico (Graduação em Odontologia) – Unilavras,Lavras, 2022.

Orientador: Prof.ª Renata de Carvalho Foureaux.

1. Endodontia. 2. Cirurgia. 3. Odontopediatria. 4. Prótese Total. I. Melo, Edivan Moreira. II. Teixeira, Gustavo Aparecido. III. Dionísio, Jéssica Silva. IV. Selvati, Karla. Foureaux, Renata de Carvalho (Orient) V. Título.

EDIVAN MOREIRA MELO GUSTAVO
APARECIDO TEIXEIRA
JÉSSICA SILVA DIONÍSIO
KARLA SELVATI

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. Dra. Luciana Fonseca de Pádua Gonçalves Tourino - Unilavras

LAVRAS – MG
2022

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente, a Deus, pelo dom da vida, saúde e por mais uma vez, nos fortalecer para que pudéssemos chegar no fim de mais um desafio. Obrigado(a), meu bom Deus!

Gratidão aos nossos amados pais, que todos os dias foram exemplos de força, honestidade e compreensão durante todos esses anos. Temos a certeza que sem vocês essa vitória não seria possível.

Agradecemos a cada paciente, pela confiança, paciência, sabedoria e conhecimento compartilhado em meio às consultas.

Aos nossos amigos e familiares, pela compreensão das ausências devido ao tempo dedicado aos estudos.

Agradecemos ao corpo docente, administração, mestres e todos os demais funcionários da instituição, pela empatia e todos os ensinamentos que foram para além da vida profissional.

Especialmente, à nossa orientadora Doutora Renata de Carvalho Foureax, que sempre se prontificou em ajudar em cada detalhe deste portfólio. Aos professores, Dr. Douglas Campideli Fonseca, Dr. Marcone Reis Luiz, Dra. Isis Maria Patto Carvalho, Ms. Luís Fernando Ferreira de Oliveira e Ms. Nelson Marques, que contribuíram para um aprendizado enriquecedor.

Por fim, agradecemos a todas as pessoas, que direta ou indiretamente contribuíram para a nossa formação pessoal e profissional.

“A possibilidade de realizarmos um sonho é o que torna a vida interessante”

José de Alencar

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Ocorrência, Diagnóstico e Plano de tratamento 42

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Explintagem rígida 19
Figura 2- Radiografia explintagem rígida 19
Figura 3- Após 30 dias (remoção da explintagem rígida) 20
Figura 4- Radiografia após 30 dias (Remoção da explintagem rígida 20
Figura 5- Odontometria 22
Figura 6- Canal preenchido com pasta de Clorexidina 2% + Hidróxido de cálcio PA 22
Figura 7- Radiografia final (27/10/17) 22
Figura 8- Acompanhamento (27/06/2018) 22
Figura 9- Acompanhamento (28/03/2018) 23
Figura 10- Acompanhamento (05/09/18) 23
Figura 11- Acompanhamento (02/04/19) 23
Figura 12- Coroa escurecida (06/05/21) 24
Figura 13- Radiografia (06/05/21) 24
Figura 14- Perborato de sódio a 20% 25
Figura 15- Resultado após 1 sessão 25
Figura 16- Cor da coroa no dia que a paciente chegou na clínica 25
Figura 17- Após 7 dias com o material clareador 25
Figura 18- Restauração final com resina composta 26
Figura 19- Radiografia final 26
Figura 20- Radiografia panorâmica realizada para visualizar a condição da paciente 31
Figura 21- Instruções pós-operatórias 33
Figura 22- Situação da paciente 35
Figura 23- Receita médica, identificando a medicação prescrita para a paciente 36
Figura 24- Paciente recuperada 37

Figura 25- Sucção do dedo.....41
Figura 26- Manchamento na face vestibular do elemento 51. (Terço médio) 43
Figura 27- Anquiloglossia total.....43
Figura 28- Aplicação de anestésico tópico 46
Figura 29- Língua transfixada por um fio de seda próximo da sua ponta 47
Figura 30- Tentacânula posicionada e incisão com a tesoura paralela.....47
Figura 31- Ferida cirúrgica.....48
Figura 32- Irrigação de Soro fisiológico estéril 48
Figura 33- Criança minutos após a cirurgia 49
Figura 34- Reparação Cirúrgica tecido fibroso.....50
Figura 35- Fotografia da Prótese Parcial Removível usada pela paciente 54
Figura 36- Raízes residuais superiores 54
Figura 37- Radiografia panorâmica 55
Figura 38- Raízes radiculares superiores logo após o ato cirúrgico 56
Figura 39- Moldeiras de desdentados.....57
Figura 40- Moldeiras individuais com alívio em cera 7 58
Figura 41- Moldeira individual superior com vedamento periférico feito com silicone de condensação 59
Figura 42- Moldagem funcional..... 59
Figura 43- Base de prova 60
Figura 44- Demarcação da altura incisal 61
Figura 45- Visualização do corredor bucal 61
Figura 46- Registro em Arco Facial 62
Figura 47- Modelo montado em ASA 63
Figura 48- Escolha dos dentes artificiais e da mucosa para a acrilização.....64
Figura 49- Montagem dos dentes artificiais sobre a base de prova 64
Figura 50- Prova dos dentes artificiais na boca da paciente 65
Figura 51- Foto do perfil da paciente sem a prótese total 67
Figura 52- Foto frontal da paciente sem a prótese total 67
Figura 53- Resultado final com a prótese acrilizada.....67

LISTA DE ABREVIATURAS

ASA – Articulador Semi-Ajustável

ATM – Articulação Temporomandibular

AVIN – Avaliação Integradora

CTI – Centro de Terapia Intensivo

DCNTS – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EDTA - Ácido Etilenodiamino Tetra-Acético

ENEM - Exame Nacional do Ensino Médio

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPC - Odontologia Pré-Clínica

PMCC – Paramonoclorofenol Canforado

PROUNI – Programa Universidade para Todos

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema único de Saúde

UNIBH - Centro Universitário de Belo Horizonte

UNILAVRAS – Centro Universitário de Lavras

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 12
2. DESENVOLVIMENTO 13
2.1. APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ALUNO EDIVAN MOREIRA MELO 13
2.1.1. DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE 17
2.1.1.1. RIZOGENESE INCOMPLETA 17
2.1.1.2. PROGNÓSTICO 27
2.2. APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ALUNO GUSTAVO APARECIDO TEIXEIRA 29
2.2.1. DESENVOLVIMENTO DO CASO CLÍNICO 30
2.3. APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA ALUNA JÉSSICA SILVA DIONÍSIO 39
2.3.1. DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE 40
2.4. APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES PELA ALUNA KARLA SELVATI 51
2.4.1. APRESENTAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO 52
2.4.2. DESENVOLVIMENTO DO CASO CÍNICO 52
3. AUTOAVALIAÇÃO 69
3.1. AUTOAVALIAÇÃO DO ALUNO EDIVAN MOREIRA MELO 69
3.2. AUTOAVALIAÇÃO DO ALUNO GUSTAVO APARECIDO TEIXEIRA 69
3.3. AUTOAVALIAÇÃO DA ALUNA JESSICA SILVA DIONÍSIO 70
3.4. AUTOAVALIAÇÃO DA ALUNA KARLA SELVATI 71
4. CONCLUSÃO 73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 74

1. INTRODUÇÃO

A odontologia ocupa uma função essencial na sociedade, uma vez que é responsável pela promoção e prevenção da saúde bucal de toda a população. Os dentes mudam o sorriso, o sorriso muda a face, a face muda a expressão, e a expressão muda a vida. Por isso, pode- se dizer que a odontologia é a área que restaura e preserva o movimento mais lindo do ser humano: o sorriso.

O aluno Edivan Moreira Melo mostrará o caso de uma paciente que compareceu na disciplina de Clínica Integrada IV, apresentando um escurecimento da coroa do dente 11.

O aluno Gustavo Aparecido Teixeira descreverá o seu caso clínico, tratando-se de uma cirurgia de terceiro molar, que teve suas devidas complicações, mas que foram solucionadas da melhor forma possível.

A aluna Jéssica Silva Dionísio irá apresentar o caso de uma paciente que compareceu no Estágio de Bebê Clínica, apresentando uma mancha no elemento 51 e anquiloglossia total. Portanto, foi planejado com auxílio da Prof. Dra. Ísis Maria Patto Carvalho, um plano de tratamento de modo a trazer conforto e função.

A aluna Karla Selvati optou por descrever um caso clínico de uma paciente fumante, pré-diabética e hipertensa, que foi submetida a exodontia dos restos radiculares, para posteriormente reabilitá-los com prótese total. É um caso que a deixou muito satisfeita por poder devolver a função, autoestima e o sorriso para a paciente. O caso foi realizado na disciplina de Clínica Integrada III e IV, orientado pelos professores Ms. Nelson Marques e Dra. Renata de Carvalho Foureax

Neste portfólio detalhamos a vivência e a experiência que foram adquiridas nas áreas de Endodontia, Cirurgia, Periodontia, Odontopediatria e Prótese, tendo em vista uma possibilidade para maior entendimento e qualificações nessas áreas.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ALUNO EDIVAN MOREIRA MELO

Me chamo Edivan Moreira Melo, atualmente, estou com 27 anos, nasci na cidade de Candeias, Minas Gerais. Meu sonho sempre foi cursar um ensino superior, me formei no Ensino Médio no ano de 2012, ainda com meus 17 anos, mas já com um foco em iniciar no ensino superior o quanto antes.

O grande dilema era qual curso eu escolheria fazer. Vindo de uma família simples, sempre tive como exemplo minha mãe, Eni Moreira da Silva Melo, que trabalhava na época como Agente Comunitária de Saúde da comunidade rural onde morávamos, e também meu pai, Eduardo Pedro de Melo, que sempre trabalhou como tratorista em uma fazenda da região, e nas horas vagas, cuidava de um pequeno cafezal que tínhamos. Sempre estive presente acompanhando-os em seus serviços, nas férias da escola acompanhava minha mãe nas visitas domiciliares e nos sábados acompanhava meu pai na vida rural.

Quando estava prestes a realizar a escolha da graduação a ser cursada por mim, levei em consideração as profissões deles que eu acompanhava, eu gostava muito da áreada agricultura, mas também me fascinava muito em como a área da saúde atuava diretamente na vida das pessoas, pois, estando sempre acompanhando minha mãe nas reuniões, atendimentos em Programa de Saúde da Família (PSF), eu via como a união de uma equipe multidisciplinar de saúde trabalhava para resolver os problemas da população daquelaregião, foi então que resolvi cursar alguma área relacionada à saúde.

Ainda no ano de 2012, já começava a procura por cursos perto da minha cidade, foi quando em uma dessas pesquisas me apareceu a propaganda do Vestibular UNILAVRAS, assim, olhando os cursos, em destaque estava o curso de Odontologia, na verdade, eu não sabia ao certo como funcionava, mas depois de algumas pesquisas, me fascinei com a profissão, por ver o quanto o sorriso das pessoas era e é importante, não só pela estética, mas pela saúde em geral da pessoa.

Fiz assim a inscrição do vestibular do UNILAVRAS, em que a prova foi realizada em uma cidade vizinha, a cidade de Campo Belo, conseguindo assim, ser aprovado e começar uma nova história na minha vida. Dessa forma, eu, que nunca sai de casa,

sendo filho único, ainda menor de idade, estava indo morar em uma outra cidade pra começar uma nova história.

Na primeira semana de aula era tudo realmente novo, o frio na barriga em tudo que eu via, eu só pedia a Deus que abençoasse esse início de sonho, e que tudo desse certo. Estar em uma cidade totalmente diferente da minha, com pessoas até o momento desconhecidas, era uma sensação de medo, mas ao mesmo tempo, de que era uma nova fase na minha vida.

Sem dúvidas, os dois primeiros períodos foram os mais desafiadores, tive muita dificuldade em entender matérias mais complexas, ali, comecei a sentir medo de que não conseguiria, mas sempre com fé, pedia a Deus tranquilidade e perseverança para não desistir.

Período após período, fui me adaptando. A partir do terceiro período, já começando ali as aulas de OPC I, que é quando começamos a fazer com a própria mão em manequins, os procedimentos que ao longo da profissão se tornam cotidianos. A cada aula eu me fascinava pelo o quanto é complexo, delicado e importante cada etapa dos procedimentos.

Já bemadaptado na cidade, com boas amizades na sala e até comoutras turmas, me deparo com um momento familiar difícil, meu pai tem uma complicação na coluna, a qual ele já vinha se queixando há um tempo, mas que na época, com a insistência e necessidade de ele não poder parar de trabalhar, houve uma piora, e assim ele não conseguia sequer levantar da cama, tendo apenas a minha mãe pra cuidar dele. Isso, pra todos nós foi muito difícil, meu pai sempre foi muito ativo, estava sempre trabalhando ou fazendo alguma tarefa em volta da casa, ele ter de ficar só deitado, ainda sentindo dor, afetou o psicológico dele, fazendo com que ele entrasse em depressão.

Eu morando em outra cidade, vendo essa situação em que ele se encontrava, minha mãe tendo que cuidar dele e dos afazeres de seu serviço. A situação que estava ficando o nosso cafezal, como não tinha ninguém mais pra cuidar, chegando próximo à colheita, fez com que eu resolvesse deixar a faculdade e ir cuidar do meu pai e também do cafezal.

Foi uma fase bem corrida para mim, cuidar de alguns afazeres que meu pai fazia na fazenda onde morávamos, cuidar do serviço no cafezal e levar meu pai nas

consultas ao médico, que era na cidade de Varginha, até que, finalmente ele conseguiu fazer a cirurgia, e com muita força de vontade, dele principalmente, ele se recuperou rápido, e em pouco tempo estava andando novamente e voltando a trabalhar aos poucos, sempre dentro dos seus limites. Com sua melhora eu já começava a pensar na minha volta à faculdade.

Estava tudo praticamente certo pra eu voltar a estudar e concluir meu curso, até que começo a me sentir um pouco tonto, e minhas vistas embaçadas, na época eu já fazia uso de óculos, então procurei novamente o médico oftalmologista, que fez alguns testes e desconfiou de uma paralisia do nervo óptico, solicitando a mim, fazer um exame de ressonância magnética, que após feito, fui lhe mostrar o resultado. Ele me contou a notícia de que eu deveria procurar um neurologista, pois, ele desconfiava que se tratava de um tumor, começando assim, mais um ciclo de viagens ao médico e preocupações pra mim e minha família.

Fomos ao médico neurologista na cidade de Varginha, que nos confirmou o diagnóstico de que realmente se tratava de um tumor, e que, além de ele estar localizado em uma área do cérebro bem complexa e perigosa (próximo a glândula Pineal), esse mesmo tumor estava interrompendo o fluxo do líquor, gerando assim uma hidrocefalia que comprimia o Sistema Nervoso Central, podendo vir a gerar sequelas ainda mais graves. Com isso, teria de fazer uma cirurgia pra desobstruir o caminho do líquor e tirar um pouco do tumor pra fazer a biópsia, pois remover ele todo teria um risco maior.

Marcamos assim, a cirurgia, o próprio médico a faria na cidade de Alfenas, no Hospital Universitário Alzira Velano. Com muito medo, mas com fé em Deus de que tudo daria certo, sempre com meus pais ao meu lado. Fiz a cirurgia, 9 horas de duração, quando acordei e vi que estava vivo, e ouvi minha mãe ao meu lado me chamando já no CTI, foi a melhor sensação da minha vida, o médico veio até a mim, disse que a cirurgia foi um sucesso, fez alguns testes para ver se eu conseguia mexer todos os membros (eu consegui), me deixando assim mais feliz ainda, aí pensei: “o pior já passou, eu consegui graças a Deus”. Eu ficando assim, 24 horas após a cirurgia no CTI e depois mais dez dias no quarto até eu ter alta, o médico me orientou para que após quinze dias depois da alta, eu voltasse para tirar os pontos e pegar o resultado da biópsia, e assim, ver qual seria o futuro do tratamento, se eu precisaria fazer uma nova cirurgia ou se o tratamento seria radioterápico. Meu medo maior sempre foi a

cirurgia, já que eu já havia feito uma. Então, durante esses 15 dias em casa, rezamos muito, agradecendo e pedindo para que eu não precisasse de uma nova cirurgia.

Após os 15 dias retornei ao hospital, retiraram os pontos, pegamos o resultado e estávamos na sala de espera pra mostrar para o médico, eu e minha mãe, apreensivos com o que poderia ser o resultado: “Tumor benigno? Tumor maligno? Precisaria de outra cirurgia?” Não fazíamos ideia, até que o médico nos chamou, e assim mostramos o resultado e ele nos deu a notícia de que era um tumor que se chamavaGerminoma, é um tumor benigno, de prognóstico favorável com o tratamento, dando assim início a um novo ciclo na minha vida.

Em fevereiro de 2018 iniciei meu tratamento na cidade de Divinópolis, Minas Gerais, começando com sessões de quimioterapia, foram 25 sessões, foram 13 semanas, até que tranquilas, minha imunidade só abaixou mais ao final do tratamento, tendo assim, os efeitos colaterais da quimioterapia. Uma parte muito forte durante o tratamento pra mim e todos que me conhecem, sem dúvidas, foi a perda dos pelos da cabeça e da sobrancelha, por mudar totalmente a minha fisionomia, tendo assim, aquela aparência de “doente”.

Terminando as sessões de quimioterapia, refiz novos exames pra ver se o tratamento tinha surtido efeito. Tendo resultado positivo, dei início à radioterapia, fazendo assim mais 30 sessões.

A radioterapia eu fazia em duas partes do corpo, na cabeça, que era até onde se sabia que estava o tumor, e também por toda extensão da coluna, por risco de ocorrer metástase por todo sistema nervoso central.

Terminei assim, todo tratamento em aproximadamente 1 ano. Após ter terminado e recebido o diagnóstico de cura, já comecei ali a pensar em voltar à “vida normal”, como sair com os amigos e claro voltar à faculdade, mas antes, devido à pequenas sequelas da cirurgia e do tratamento, eu tinha perdido um pouco do meu equilíbrio, só andava encostado no ombro da minha mãe, não tinha segurança em andar sozinho, tendo de dar início em sessões de fisioterapia, que, não depois de muitas sessões, eu já conseguia caminhar (com ainda um pouco de dificuldade) sozinho.

No início de 2019, eu e minha família já começamos a planejar minha volta à faculdade, em um dia eu e minha mãe saímos da nossa cidade (Candeias) e viemos em Lavras, mais especificamente ao UNILAVRAS, na esperança de encontrar o coordenador do curso de odontologia, Prof. Dr Douglas Campideli, pois não marcamos nenhuma reunião,

e por sorte, ele estava na faculdade no dia, e tivemos uma conversa bacana e muito esperançosa para que eu pudesse voltar.

Quando deixei a faculdade pra voltar para minha cidade, ao sair durante o desespero, apenas saí e não tranquei minha matrícula, nessa conversa com o coordenador/professor Douglas, ele me falou que eu precisaria fazer como se fosse um vestibular novamente, sendo esse, uma redação, e assim, marquei esse vestibular, voltei ao UNILAVRAS novamente, fiz e consegui ser aprovado, começava ali, o retorno do meu sonho.

Na minha volta, realizei algumas matérias que estava faltando e aos poucos fui voltando novamente à rotina do dia a dia de clínica, e desde então, sempre com muita fé em Deus tudo tem dado certo, e agora, no final do ano de 2022 realizo meu grande e tão difícil sonho, o de me formar.

2.1.1. DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE

Em um dia de clínica, na matéria de Clínica Integrada IV, o paciente que eu estava atendendo faltou, e então me coloquei à disposição dos professores para ajudar em qualquer caso que aparecesse naquele dia. Foi quando chegou uma mãe com sua filha, que há dois anos atrás tinha feito um tratamento e foi orientada a voltar após esse tempo para acompanhar a evolução do caso.

Foi quando o professor Marcone me chamou e a um outro amigo que também estava sem paciente no dia, pra nos explicar e nos passar a continuidade desse tratamento para que pudéssemos realizar.

Ele então nos explicou, quando aquela menina chegou há dois anos atrás na clínica do UNILAVRAS, na época ela com 7 anos, ela tinha sofrido um trauma no dente 11, causado por uma queda, batendo assim o dente no chão e causando uma mobilidade somente naquele dente, que evoluiu para uma necrose pulpar, interrompendo assim, o seu processo de rizogênese, sem envolvimento dos demais dentes.

2.1.1.1. RIZOGENESE INCOMPLETA

Quando o dente não termina o processo de odontogênese. No momento em que o dente atinge a linha de oclusão, é quando acaba a rizogênese (2 a 3 anos após

ter erupcionado). Dentro desse período, qualquer problema que ocorra com o dente pode interromper o processo de odontogênese.

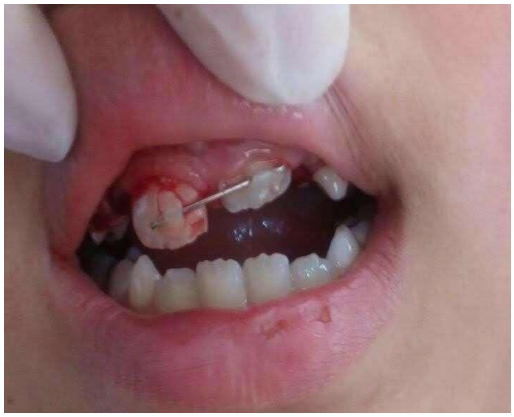
O dente com rizogênese incompleta tem a morfologia de raiz cônica, canal radicular divergente para o ápice, nos últimos 2mm do ápice, possui uma bainha epitelial de Hertwing, que orientará a formação da raiz.

> Durante o desenvolvimento radicular, se ocorrer qualquer distúrbio que danifique parcial ou totalmente o tecido pulpar ou a bainha epitelial deHertwig, se tem um risco de interromper, alterar ou parar a formação completada raiz. São considerados dentes permanentes jovens com rizogênese incompleta, aqueles que o ápice radicular, não apresenta a dentina apical revestida por cemento e na radiografia o extremo apical da raiz não atinge o estágio 10 de Nolla, quando observamos a formação completa do ápice radicular. Segundo os autores trauma ou cáries em dentes com ápice incompletamente formados podem resultar na necrose pulpar com consequente interrupção do processo de formação radicular. Por conta disso,no contexto da Endodontia, dentes com rizogênese incompleta recebem atenção especial, diferenciando-se do tratamento convencional pelas particularidades anatômicas e em razão de haver a exigência da sua permanência, por maior tempo possível. Assim, todos os esforços devem serdespendidos a fim de manter o tecido pulpar vivo até se completar a rizogênese, (TOLEDO *et. al.* 2010, p. 02).

O dente (11) sofreu avulsão, foi reimplantado e realizada uma explintagem rígida com o auxílio do dente vizinho (21).

> A fixação do dente reimplantado na posição ideal é feita através de um procedimento chamado explintagem que é dividida em contenção semi-rígida (flexíveis) e contenções rígidas (fixas), e suas indicações podem variar de acordo com as estruturas acometidas. Se somente tecidos moles forem lesionados, é recomendado que se faça a sutura dos mesmos e se necessário, fazer a contenção semi-rígida com fio ortodôntico 0,5 mm ou fio de nylon. Já se o trauma envolver osso alveolar, recomenda-se contenção fixa com fio ortodôntico de aço, (VINÍCIOS, 2017, p. 14).

Figura 1 – Explintagem Rígida



Fonte: Arquivo da mãe da paciente.

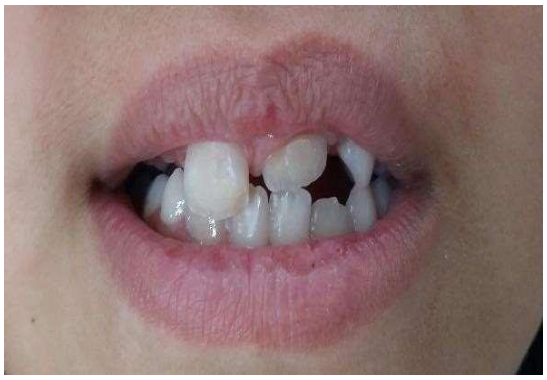
Figura 2 – Radiografia Explintagem Rígida



Fonte: Radiografias anexadas ao prontuário.

Após 30 dias, a paciente voltou para uma nova avaliação, foi retirada a explintagem feita (Figura 3 e 4), sendo orientada a voltar dentro de 60 dias para um acompanhamento radiográfico.

Figura 3 - Após 30 dias (remoção da explintagem rígida.



Fonte: Arquivo pessoal da mãe da paciente.

Figura 4 - Radiografia após 30 dias (Remoção da explintagem rígida.



Fonte - Radiografias anexadas ao prontuário.

Após exame clínico (teste de vitalidade negativo) e avaliação do exame radiográfico, constatou-se que o dente apresentava necrose pulpar. Assim, como o dente já se encontrava encontrava permanente no alvéolo, foi iniciado o procedimento de revascularização pulpar, que foi o indicado para esse caso, pelo fato de a raiz do dente afetado não estar completamente formada.

Esta técnica consiste basicamente na substituição de tecidos afetados por célulassemelhantes e saudáveis. A técnica facilita principalmente, um tratamento endodôntico, e recupera parte da vitalidade do dente.

> O tratamento de dentes com rizogênese incompleta e necrose pulpar representa um desafio para a terapia endodôntica. A endodontia regenerativa propõe uma infecção controlada dos canais radiculares, com o mínimo de instrumentação e irrigação abundante. Muitos protocolos têm sido propostos visando a melhoria da saúde dental, porém, sem um consenso entre os autores. Conclui-se que a revascularização pulpar, visa à desinfecção dos canais radiculares, bem como a formação de coágulo no interior do canal, sendo que este dá suporte ao crescimento e diferenciação celular. Com isso a utilização de soluções irrigadoras e medicação intracanal são de grande importância para o sucesso dessa técnica, a qual tem vem tendo maior aceitação em razão de seus sucessos nos resultados. (AUGUSTO, 2018, p. 08).

Fazendo-se assim a anestesia, isolamento absoluto, abertura coronária, penetração desinfetante (Clorexidina 2% ou hipoclorito 2,5%. Com a lima #50 ou #55 descer a cada 2mm até o último mm) (Figura 5). Após isso, foi realizada a secagem do

canal e em seguida o preenchimento com uma pasta composta de Clorexidina 2% + Hidróxido de cálcio PA (Figura 6), deixando-a por 7 dias, e repetindo a aplicação por mais 7 dias.

Após esse período, a paciente foi novamente anestesiada, fez-se o isolamento absoluto, irrigação e sucção, entramos no canal com uma lima K#15 ou K#20 3 mm além do comprimento do dente, gerando assim um coágulo por todo canal.

Bystrom citado por Augusto (2018, p. 16) dizia:

> O primeiro passo para o tratamento endodôntico de canais radiculares infectados é a desinfecção desse sistema através do uso de substâncias químicas e instrumentação mecânica.

Namour citado por Augusto (2018, p. 16) acrescenta que:

> As soluções irrigadoras devem ter um efeito bactericida e bacteriostático e não podem possuir efeito citotóxico sobre as células-tronco e os fibroblastos para que possam sobreviver.

Fizemos uma barreira de MTA deixando o coágulo à 2mm aquém do colo cervical. (Figura 6).

Araújo *et al*., citado por Augusto (2018, p. 17) conclui que:

> O material experimental MTA tem sido estudado como um material alternativo em Endodontia, que poderá ser utilizado em retrobturação de canais radiculares. Diversos materiais foram avaliados, mas nenhum outro material teve resultado tão promissor quanto o MTA.

Figura 5 – Odontometria



Fonte – Radiografias anexadas ao prontuário.

Figura 6 - Canal preenchido com pasta de Clorexidina 2% + Hidróxido de cálcio PA.



Fonte – Radiografia anexada ao prontuário.

Figura 7 – Radiografia Final (27/10/17)



Fonte: Radiografias anexadas ao prontuário.

Figura 8 – Acompanhamento (27/06/2018)



Fonte – Radiografias anexadas ao prontuário.

Figura 9 - Acompanhamento (28/03/2018)



Fonte: Radiografias anexadas ao prontuário.

Figura 10 - Acompanhamento (05/09/18)



Fonte: Radiografias anexadas ao prontuário.

Figura 11 – Acompanhamento (02/04/2019)



Fonte - Radiografias anexadas ao prontuário.

Após dois anos, a paciente retorna à clínica do UNILAVRAS com a coroa do dente escurecida (Figura 12), e no exame radiográfico observa-se uma boa formação da raiz (Figura 13).

Figura 12 – Coroa Escurecida (06/05/2021)



Fonte – Arquivo pessoal do autor.

Figura 13 – Radiografia (06/05/2021)



Fonte – Arquivo pessoal do autor.

Após exames radiográficos e clínicos, foi indicado pela orientação do professor Marcone que fosse feito o clareamento endógeno nesse dente.

O clareamento endógeno é indicado em situações em que o dente tenha escurecido recentemente, escurecido após necrose pulpar e escurecimento de dentes jovens, é realizado através da liberação de oxigênio da mistura do pó e líquido e Perborato de sódio 20% + Peróxido de hidrogênio (Figura 14), que penetra nos túbulos dentináriosremovendo pigmentos de escurecimento.

> Alterações na cor dos dentes, principalmente nos anteriores, é um grande fator de insatisfação estética dos pacientes, fazendo com que eles busquem ajuda profissional visando alcançar uma estética aceitável. O clareamento endógeno é uma opção clínica para clarear os dentes com alteração de cor, sendo possível realiza-lo de três formas: mediata, imediata ou mista. A primeira é baseada no preenchimento da cavidade com o material clareador e aguardando de quatro a sete dias, realizando as trocas até que o clareamento seja concluído. Já na segunda forma, o material é colocado no interior da câmara pulpar e na parede vestibular, tendo assim alcançado o resultado clareador com apenas uma sessão. Já na forma mista é uma associação das duas técnicas, (MILESKI et al, 2018, p. 02).

Esse tratamento consistiu em uma abertura coronária por palatina, fez-se um tampão de Cotosol posicionado na entrada do canal, fazendo com que o produto ficasse apenas na coroa, nisso, se aplica o produto deixando-o por 7 dias, fazendo a troca por duas semanas consecutivas, mas nesse caso em específico, obtivemos um resultado satisfatório com apena uma sessão (Figura 15).

Figura 14 – Perborato de sódio a 20%



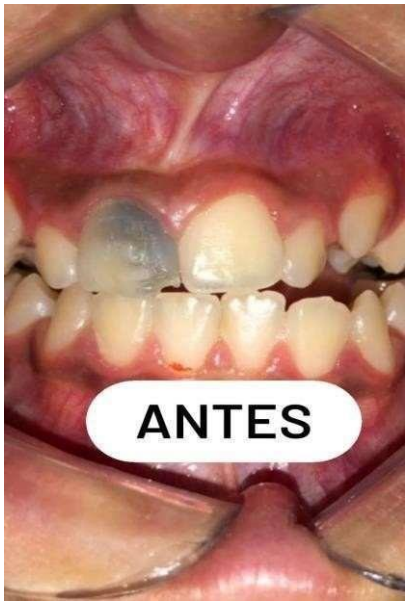
Fonte – Arquivo pessoal do autor.

Figura 15 – Resultado após 1 sessão



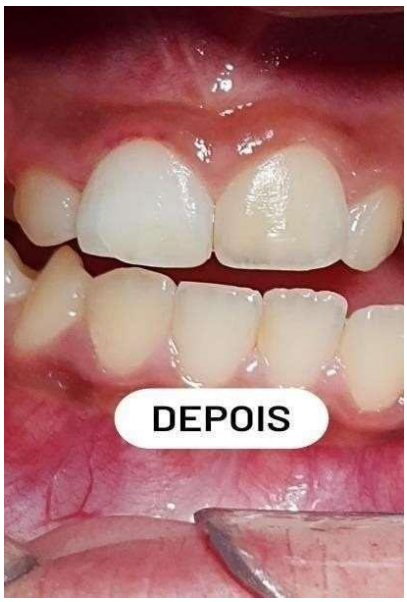
Fonte – Arquivo pessoal do autor.

Figura 16 - Cor da coroa no dia que a paciente chegou na clínica



Fonte - Arquivo pessoal do autor.

Figura 17 – Após 7 dias com o material clareador.



Fonte - Arquivo pessoal do autor.

Após os 7 dias, foi feita a irrigação com Hipoclorito a 2,5%, preenchimento com Pasta Callen sem PMCC e selamento provisório, deixando essa pasta por 15 dias para

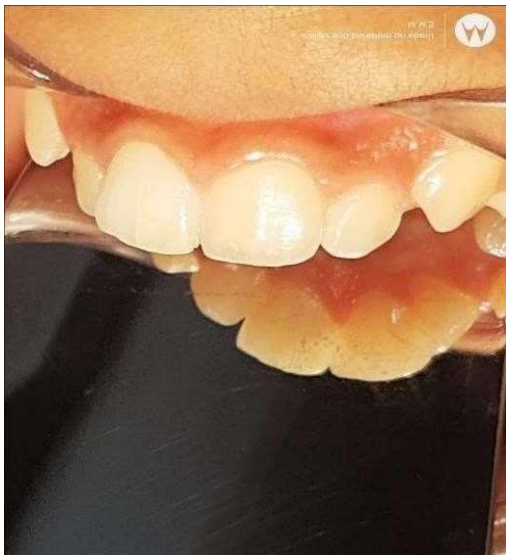
prevenir reabsorções cervicais na altura da raiz, pelo motivo de o material clareador ter um Ph ácido, quando ele é deixado por 2 a 5 semanas, pode ser que o material vá para região do ligamento, podendo causar algum tipo de reabsorção cervical externa.

Amato et al. Citado por Lucieni Cristina Trovati MORETTI et al. (2017, p. 4) conclui que:

> A realização das barreiras/bases protetoras cervicais as quais previnem a difusão do peróxido de hidrogênio por meio da junção amelo-cementaria, prevenindo a resposta inflamatória, sendo efetiva como selamento. O uso de uma pasta de hidróxido de cálcio também é eficaz para neutralizar o meio, promovendo a queda do Ph ácido e minimiza os riscos de reabsorçãocervical.

Passados 15 dias, realizamos a remoção do selamento provisório, irrigamos a câmara pulpar com Hipoclorito a 2,5%, limpeza da câmara com *EDTA* e por fim restauração com resina composta na palatina (Figura 18) e radiografia final (Figura 19).

Figura 18 – Restauração final com resina composta



Fonte - Arquivo pessoal do autor.

Figura 19 – Radiografia final



Fonte - Arquivo pessoal do autor.

2.1.1.2. PROGNÓSTICO

"Recentemente, a terapia regenerativa pulpar tem sido amplamente utilizada, ao invés da apicificação, por promover uma formação natural do ápice radicular, ou seja, por estimular a apicigênese." (JUSTINO, ARAUJO, 2020, p. 7).

ALBUQUERQUE et al. Citado por JUSTINO, ARAUJO (2020, p. 12), dizia:

> Quanto ao tempo de acompanhamento, muito se difere de pesquisador para pesquisador, mas o que é de comum senso é que o mesmo se faz necessário para avaliar o sucesso da técnica, tanto clínico quando radiográfico. Um período de cerca de 6 meses se faz necessário para se poder avaliar o sucesso e identificar o progresso do tratamento, (JUSTINO, ARAUJO 2020, p. 12).

WIGLER citado por JUSTINO, ARAUJO (2020, p. 13) acrescenta:

> O tempo total de acompanhamento varia muito de protocolo para protocolo e de pessoa para pessoa, pois a recuperação depende do organismo do paciente. Mesmo assim, a maioria dos pesquisadores preconizam pelo menos um ano de acompanhamento clínico e radiográfico, (JUSTINO, ARAUJO, (2020, p. 13).

Petrino et al. Citado por THAYNARA HADDAD (2019, p. 35) diz que:

> Existem algumas considerações, para um possível sucesso no procedimento de revascularização, com base no relato de três casos clínicos: (1) os cirurgiões dentistas devem considerar o uso de um anestésico sem vasoconstritor ao tentar induzir o sangramento; (2) uma matriz de colágeno é útil para a colocação controlada de MTA (Agregado Trióxido Mineral) para um nível desejado; (3) pacientes e responsáveis devem ser informados sobre a possível coloração da coroa, especialmente, em dentes anteriores, quando a pasta contém minociclina; e (4) a conformidade do paciente e dos pais com o plano de tratamento e acompanhamento, (HADDAD, 2019, p. 35).

Com isso, concluímos que o prognóstico para essa revascularização é muito positivo, pois, quando bem-sucedidos permitem uma melhoria no protocolo de tratamentos de dentes permanentes traumatizados com o ápice imaturo, permitindo

assim, a continuação do desenvolvimento radicular, tendo assim, quando comparado com outros tratamentos, uma melhoria do prognóstico a longo prazo.

Baratieri citado por Evelyn (2019, p. 20) conclui sobre o sucesso do clareamento endógeno:

> O sucesso do tratamento depende da correta indicação e execução, bem com um rigoroso exame clínico, observando o estado de saúde periodontal bem como a etiologia do escurecimento dental, assim o cirurgião dentista poderá prever o prognóstico e esclarecer o paciente, eliminando qualquer falsa expectativa do mesmo sobre possíveis resultados. Lembrando que algumas situações como: dentes com superfície vestibular amplamente restaurada ou cariada, trincas, restaurações deficientes e canais mal obturados podem contraindicar o clareamento em dentes desvitalizados.

Muitos autores citam que deve ser precedida da confecção de um tampão cervical efetivo, um tratamento endodôntico satisfatório e a utilização de gel clareador em alta concentração como: Peróxido de hidrogênio associados ou não ao perborato de sódio (BOAVENTURA et al., 2017; LUCENA et al., 2018).

O tratamento finalizado com sucesso só é alcançado com uma precisão no diagnóstico e a indicação correta da técnica a ser realizada.

Segundo Carvalho e Gruendling (2018), é muito importante alertar o paciente quando se inicia o tratamento sobre possíveis riscos de não conseguir chegar na cor ideal do dente, comparado aos dentes vizinhos.

Esse caso me marcou muito, pois essa paciente além de ser uma pessoa muito jovem, fazia vídeos no Instagram e YouTube cantando, ou seja, o sorriso é de muita importância pra ela, e com um tratamento satisfatório desse, conseguimos salvar um dente tão importante tanto na estética quanto na função de uma pessoa jovem.

A paciente continua o tratamento na clínica do UNILAVRAS para acompanhamento desse caso e dando sequência a outros, como correção ortodôntica.

Acompanho de perto essa evolução através de contato com a mãe e acompanhamento por redes sociais.

2.2. APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO ALUNO GUSTAVO APARECIDO TEIXEIRA

Meu nome é Gustavo Aparecido Teixeira, tenho 27 anos e nasci na cidade de Campo Belo, Minas Gerais. Fui criado em um pequeno distrito da cidade de Candeias, Minas Gerais, localizado na zona rural, cujo nome é Lambari. Concluí o Ensino Médio no ano de 2012 e, até aquele momento, não tinha planos de ingressar no ensino superior. Por escolha própria, continuei a morar com meus pais, onde exercia um serviço braçal e ajudava nas vendas de rapaduras, as quais eram produzidas por nós mesmos.

Em 2017, resolvi retomar os estudos com o apoio dos meus pais, onde ingressei em um curso pré-vestibular. A dúvida, então, era a de escolher um curso degraduação, aquele com o qual eu mais me identificava. Considerei os cursos de Educação Física e Odontologia, que são duas das minhas paixões. Sempre gostei desocializar e de ajudar as pessoas de alguma forma e, após ter passado por várias experiências, sendo uma delas com meu pai, que, devido a um acidente, veio a perder dois dentes anteriores, o que acabou afetando muito seu emocional, optei pela odontologia, dado o apelo afetivo.

Prestei o vestibular do Unilavras e fui aprovado. Chegou, então, a minha vez, a vez de voar e de correr atrás dos meus sonhos. Era chegado o meu tempo, o tempo de deixar de ser um menino do interior e de partir em busca da minha independência e da minha própria história, em pleno 2018, aos 23 anos de idade.

Cheguei no portão da faculdade agradecendo a Deus. Meu sonho se tornava realidade. Primeiro dia de aula! Que frio na barriga! Onde eu estava? Será que era aquilo mesmo que eu queria? Eram tantas as incertezas, mas ao mesmo tempo havia um sentimento de paz, pois, mesmo após ter passado por várias dificuldades, eu estava no lugar e no momento certo.

Primeiro período! Esse foi o mais tenebroso! Morava longe da faculdade e eram necessários 40 minutos andando a pé para chegar a aula as sete da manhã, sem atraso. Trabalhava todos os fins de semana, o que acabava por tomar grande parte do meu tempo. Nas aulas, tive contato com conteúdos novos, mas não sabia nem mais como se estudava. Mais uma barreira a ser enfrentada. Tive que me reinventar,

testar o que funcionava comigo, ver qual era a maneira mais fácil de compreender a matéria que era ensinada. Deu certo, eu venci!

Período após período, eu me adaptava. O que antes era tenebroso, foi se tornando luminoso; o que era desconhecido, virou rotina. Vieram as amizades, os ensinamentos, o primeiro contato com os pacientes no Lar Augusto Silva, a experiência de auxiliar alunos de outros períodos. Tudo isso foi se somando e se multiplicando na minha vida.

2.2.1. DESENVOLVIMENTO DO CASO CLÍNICO

No primeiro dia de clínica, fui ao encontro da minha paciente: uma mulher de 23 anos, simpática e sem nenhum problema sistêmico. Ela chegou à clínica do Unilavras por meio de um encaminhamento do PSF Dona Wanda, da cidade de Lavras. Apresentei-me, então, a ela; embora um pouco tímida no início, usando poucas palavras para se comunicar, ela foi se sentindo confortável à medida que a conversa decorria, tornando agradável, dessa maneira, a consulta.

Com a anamnese pronta, posicionei-a na cadeira para que eu pudesse começar o exame clínico. Sua queixa principal era a de dor na região posterior inferior;quando observei essa região, notei um mau posicionamento do terceiro molar inferiore cárie no dente adjacente.

Diante desse cenário, o professor de cirurgia solicitou a realização de uma radiografia panorâmica, como ilustrado na Figura 20, para melhor visualizar a condição da paciente e, por conseguinte, propiciar um diagnóstico acurado, a partir doqual foi solicitada a extração do molar inferior.

A radiografia panorâmica é uma técnica que produz uma única imagem tomográfica das estruturas faciais, que inclui ambos os arcos dentários, mandibular e maxilar, e as suas estruturas de suporte. Ela permite, também, um melhor traçado do plano de tratamento, de modo a definir mais adequadamente de que maneira a extração será realizada, sem causar nenhuma lesão às estruturas saudáveis.

Convém apontar algumas vantagens e desvantagens dessa técnica. As vantagens são, entre outras, a ampla visibilidade dos ossos faciais e dentes, a baixa dose de radiação sobre o paciente, o fato de não causar desconforto ao paciente e a possibilidade de ser realizada em pacientes com dificuldades de abertura de boca. As desvantagens são, entre outras, o fato de não apresentar um grau de detalhamento

das estruturas anatômicas tão bom quanto o das radiografias periapicais intraorais e a presença de estruturas sobrepostas, podendo mascarar lesões odontogênicas, entre outros.

Figura 20 – Radiografia panorâmica realizada para visualizar a condição da paciente.



Fonte: Elaborada pelo autor (2022).

Os terceiros molares, também denominados dentes sisos, são os últimos a erupcionarem na arcada dentária e, por esse motivo, deparam-se com os demais dentes já presentes na cavidade oral. Por conseguinte, tem-se o conhecimento empírico, não comprovado cientificamente, de que essa colisão pode causar o apinhamento ântero-inferior, levando parte dos cirurgiões-dentistas a optarem pela remoção desses elementos. Em contrapartida, dessa vez com consolidação científica, entende-se que, alguns fatores patológicos, como a ocorrência de cáries e de periodontite, podem ser ocasionados por terceiros molares inclusos, indicando, assim, que seja feita a remoção destes.

Segundo SILVA et al., (2010 p. 76)

> Os terceiros molares devem ser removidos quando clinicamente ou radiograficamente, for observado casos de cárie, periodontite aguda ou crônica, pericoronarite, efeitos deletérios, ou ainda, quando acometerem os dentes adjacentes. A doença periodontal, por exemplo, se não tratada,poderá acometer a saúde sistêmica do paciente.
>
> Entretanto, quando se aborda os casos de apinhamento ântero-inferior, não se encontra, pela maioria dos profissionais, a certeza em se extrair. Aqueles

> que optam pela remoção dos terceiros molares, coloca-os como o principal, se não o único, fator etiológico do apinhamento. No entanto, não há estudos ou evidências científicas, que comprovem tal relação. Mediante a isso, é competência do cirurgião dentista a correta conduta referente a essa situação, buscar casos sólidos, com metodologias rigorosas revela-se essencial.

Ademais, segundo SILVA; PASSOS, (2015 p. 34),

> Após corroborada a real necessidade de remoção dos terceiros molares, exames complementares serão necessários para realizar a conduta cirúrgica. A radiografia panorâmica, por exemplo, mostra-se um método rápido e eficaz para a visualização da anatomia dentária (composição e localização das raízes), das estruturas anatômicas, como o canal mandibular, entre outros. Além disso, solicitar os exames pré-operatórios revela-se de suma importância para guiar o profissional na extração correta. Os pós-cirúrgicos também podem ser acompanhados pelos exames de imagem.

O dia 16 de setembro de 2021 foi a data escolhida para a execução da extração do terceiro molar inferior direito (48). Seguindo os devidos protocolos, dei andamento à cirurgia, a qual tinha um certo grau de complexidade, devido à má posição do elemento dentário, de modo que se fez necessária uma odontosecção e uma osteotomia na vestibular do osso mandibular.

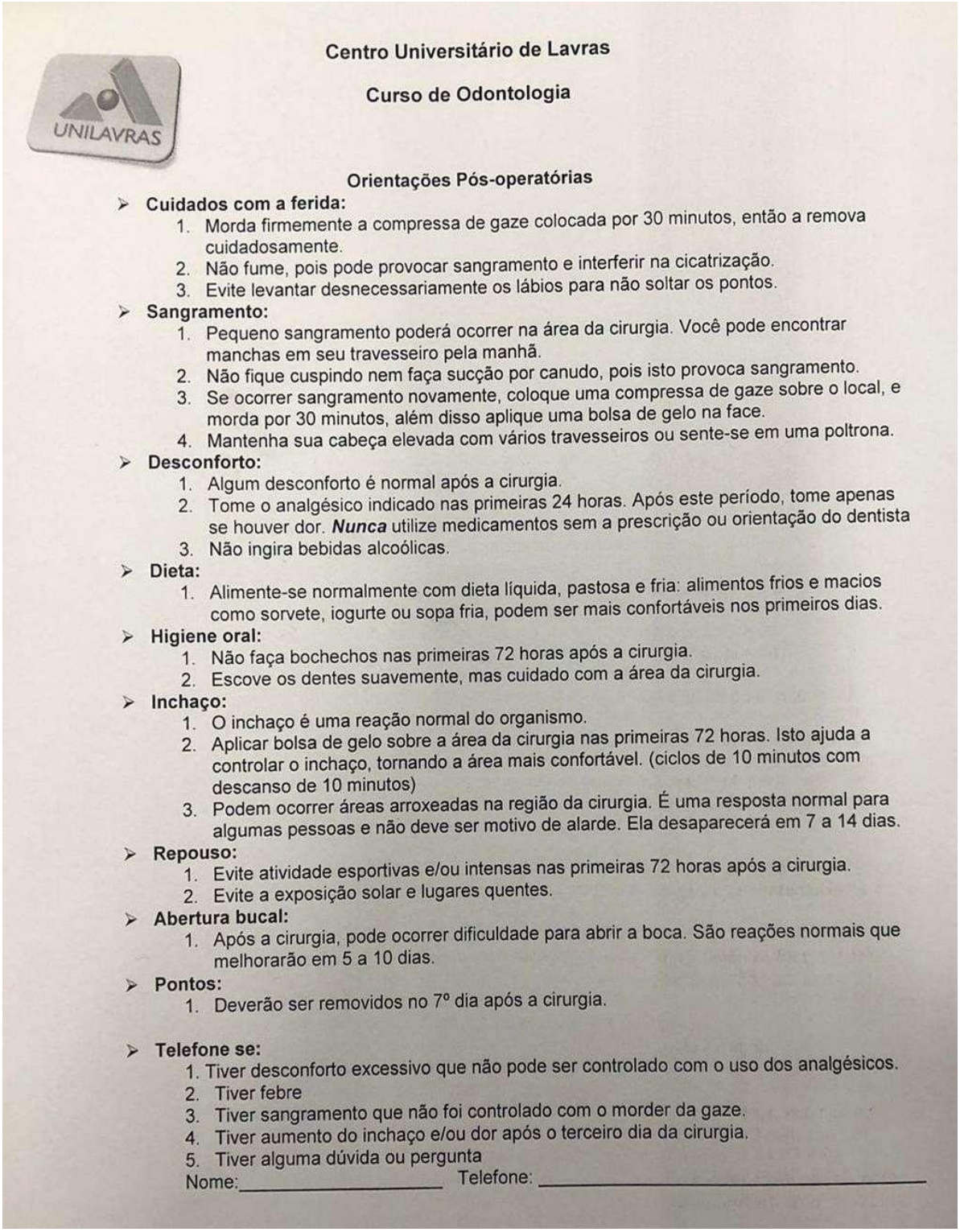
Odontosecção é uma técnica utilizada para que haja uma melhor visualização e remoção do elemento dentário. Essa técnica consiste na separação das raízes multirradiculares, ou entre a coroa e a raiz. Dessa forma, permite-se que o dente seja removido em porções individualizadas, o que facilita a exodontia e permite a preservação, com maior segurança, das estruturas adjacentes (XAVIER et al., 2010).

Já a osteotomia é uma técnica cirúrgica, a qual permite o acesso ao plano cirúrgico que se encontra no dente incluso, havendo, assim, uma remoção da menor quantidade possível de osso. A abordagem varia de acordo com a posição da inclusão do dente, (OLIVEIRA, 2011).

Após quase 1 hora e meia de cirurgia, tudo correu bem, graças à orientação do professor Nelson, por meio do qual tive o privilégio de adquirir bastante conhecimento.

Finalizada a cirurgia, a paciente foi orientada sobre os devidos cuidados a serem tomados, conforme a Figura 21 e a medicação foi prescrita, como antibióticos, anti-inflamatórios e analgésicos.

Figura 21 – Instruções pós-operatórias.



Centro Universitário de Lavras

Curso de Odontologia

Orientações Pós-operatórias

- **Cuidados com a ferida:**
  1. Morda firmemente a compressa de gaze colocada por 30 minutos, então a remova cuidadosamente.
  2. Não fume, pois pode provocar sangramento e interferir na cicatrização.
  3. Evite levantar desnecessariamente os lábios para não soltar os pontos.
- **Sangramento:**
  1. Pequeno sangramento poderá ocorrer na área da cirurgia. Você pode encontrar manchas em seu travesseiro pela manhã.
  2. Não fique cuspindo nem faça sucção por canudo, pois isto provoca sangramento.
  3. Se ocorrer sangramento novamente, coloque uma compressa de gaze sobre o local, e morda por 30 minutos, além disso aplique uma bolsa de gelo na face.
  4. Mantenha sua cabeça elevada com vários travesseiros ou sente-se em uma poltrona.
- **Desconforto:**
  1. Algum desconforto é normal após a cirurgia.
  2. Tome o analgésico indicado nas primeiras 24 horas. Após este período, tome apenas se houver dor. ***Nunca*** utilize medicamentos sem a prescrição ou orientação do dentista
  3. Não ingira bebidas alcoólicas.
- **Dieta:**
  1. Alimente-se normalmente com dieta líquida, pastosa e fria: alimentos frios e macios como sorvete, iogurte ou sopa fria, podem ser mais confortáveis nos primeiros dias.
- **Higiene oral:**
  1. Não faça bochechos nas primeiras 72 horas após a cirurgia.
  2. Escove os dentes suavemente, mas cuidado com a área da cirurgia.
- **Inchaço:**
  1. O inchaço é uma reação normal do organismo.
  2. Aplicar bolsa de gelo sobre a área da cirurgia nas primeiras 72 horas. Isto ajuda a controlar o inchaço, tornando a área mais confortável. (ciclos de 10 minutos com descanso de 10 minutos)
  3. Podem ocorrer áreas arroxeadas na região da cirurgia. É uma resposta normal para algumas pessoas e não deve ser motivo de alarde. Ela desaparecerá em 7 a 14 dias.
- **Repouso:**
  1. Evite atividade esportivas e/ou intensas nas primeiras 72 horas após a cirurgia.
  2. Evite a exposição solar e lugares quentes.
- **Abertura bucal:**
  1. Após a cirurgia, pode ocorrer dificuldade para abrir a boca. São reações normais que melhorarão em 5 a 10 dias.
- **Pontos:**
  1. Deverão ser removidos no 7º dia após a cirurgia.
- **Telefone se:**
  1. Tiver desconforto excessivo que não pode ser controlado com o uso dos analgésicos.
  2. Tiver febre
  3. Tiver sangramento que não foi controlado com o morder da gaze.
  4. Tiver aumento do inchaço e/ou dor após o terceiro dia da cirurgia.
  5. Tiver alguma dúvida ou pergunta

Nome:_____ Telefone: _____

Fonte: Elaborada pelo autor (2022).

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão nos tecidos orgânicos, confirmada ou potencial. Como a dor é uma queixa subjetiva, não há uma maneira definitiva de se diferenciar a dor resultante da lesão daquela que ocorre mesmo na ausência de lesão. Todas as pessoas vivenciam a dor em algum momento de suas vidas, como uma dor de dente, de cabeça, causada por infecções, uma lesão durante a prática de esportes ou após cirurgias. Trata-se de um mecanismo de defesa importante, porque indica à pessoa que algo está errado. Além disso, ela pode ser tratada de várias maneiras, sendo a mais comum feita pelo uso de analgésicos, (BIBLIOMED, 2008).

Os analgésicos são medicamentos cuja função é a de aliviar a dor. Isso pode ocorrer por meio do bloqueio dos estímulos dolorosos antes de que cheguem ao cérebro, ou pela modificação na forma com que o cérebro interpreta esses estímulos, sem levar a pessoa à anestesia ou à perda da consciência (desmaio). Os analgésicos compreendem diversos medicamentos diferentes, sendo divididos basicamente em dois grupos: os analgésicos narcóticos e os não-narcóticos, (BIBLIOMED, 2008).

Os anti-inflamatórios são medicamentos cuja função é a de reduzir o grau de inflamação dos tecidos (nome autoexplicativo). Eles são classificados basicamente em dois grupos: esteroidais e não-esteroidais. Os anti-inflamatórios esteroidais incluem os corticoides e seus derivados. Os não-esteroidais são representados pela maioria dos medicamentos usados com intuito de reduzir a inflamação, incluindo aspirina, diclofenaco, naproxeno, ibuprofeno, nimesulida, cetoprofeno, piroxican, tenoxican, entre outros, (BIBLIOMED, 2008).

Os anti-inflamatórios não são analgésicos propriamente ditos, porém atuam reduzindo a inflamação e, consequentemente, a lesão à qual foram submetidos os tecidos. Assim, eles diminuem a causa da dor, levando ao seu alívio, total ou parcialmente (BIBLIOMED, 2008).

Os antibióticos são substâncias de origem natural ou sintética que atuam inibindo o crescimento ou causando a morte de microrganismos, sendo frequentemente utilizados no tratamento de doenças causadas por bactérias, (BIBLIOMED, 2008).

Entretanto, após 3 dias da cirurgia, a paciente me enviou uma mensagem, relatando dor e inchaço no local. Solicitei a ela que fosse ao Centro Universitário de Lavras (Unilavras) para que eu pudesse avaliá-la e tomar as devidas providências.

Nesse momento, ela me relatou que não estava em Lavras, mas, sim, viajando, e que conseguiria ir após 2 dias. Perguntei a ela se estava tomando a medicação, e ela respondeu que passou a tomar somente após o início da dor.

Passados 6 dias da cirurgia, a paciente, sentindo uma dor insuportável, compareceu ao Unilavras, mas, infelizmente, no dia, eu não pude estar presente, devido a particularidades relacionadas à minha bolsa de estudo (PROUNI). Por isso, pedi a uma colega e amiga que acompanhasse a paciente e desse a ela o devido suporte.

O estado da paciente, segundo o professor Nelson, era delicado. Tratava-se de um abscesso dento-alveolar, o que dificultava a abertura da boca, e uma possível infecção generalizada, como mostra a Figura 22.

Figura 22 – Situação da paciente.



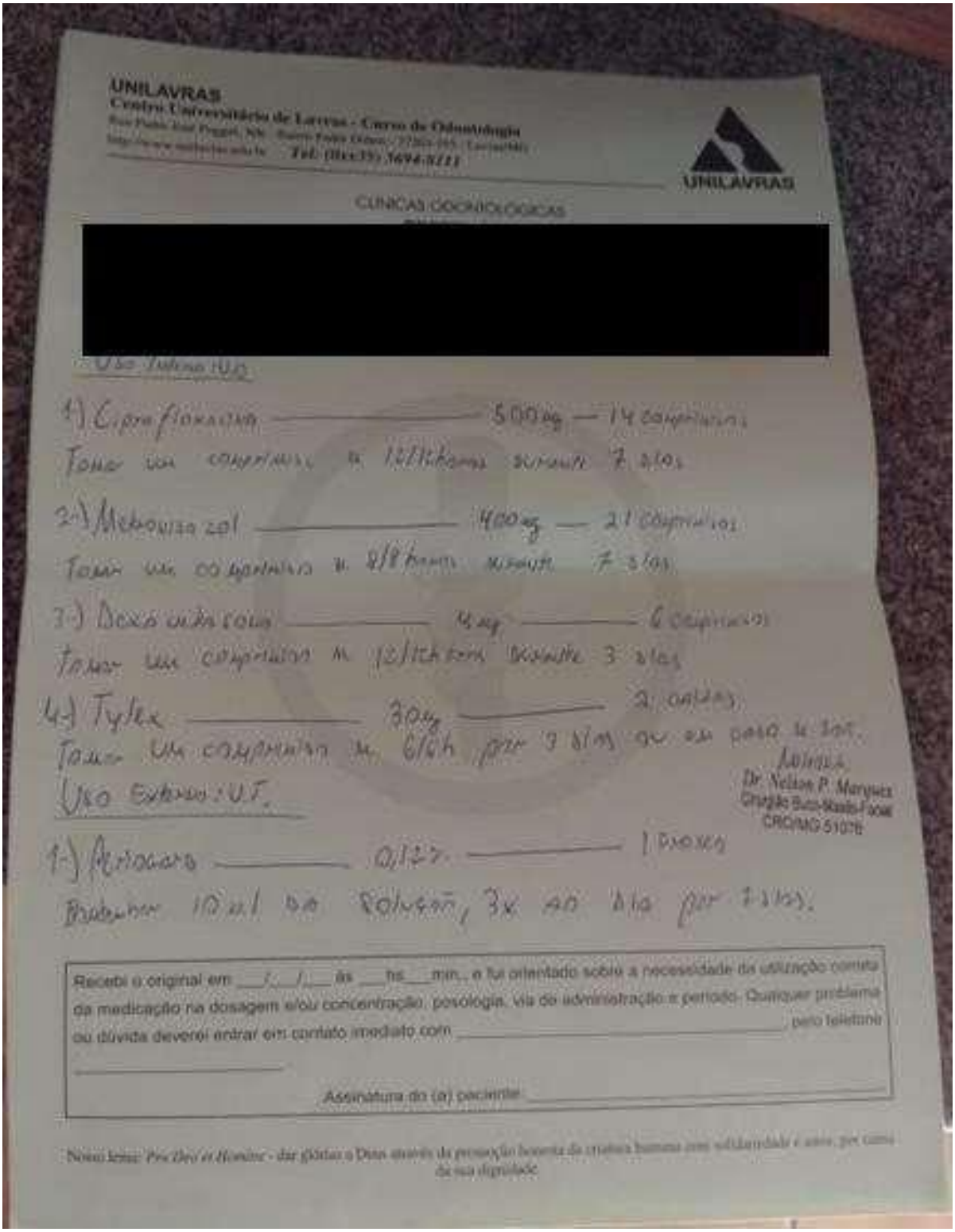
Fonte: foto retirada e enviada pela paciente (2022).

Segundo Oliveira; Santos; Araújo (2011), o abscesso dento- alveolar é uma consequência comum das lesões de cárie, sendo caracterizado por necrose pulpar e acúmulo de células inflamatórias agudas no ápice radicular. O tratamento do abscesso dentário é realizado através de sua drenagem e, principalmente, pela eliminação da causa da infecção.

Perante o caso, o professor Nelson fez a drenagem intraoral e prescreveu um novo receituário (Figura 23) e, caso a paciente não melhorasse, deu-lhe o encaminhamento para internação na UPA. O professor Nelson também confirmou,

para a minha colega e amiga, que agora a paciente estaria sob os cuidados dela, e não maisos meus.

Figura 23 – Receita médica, identificando a medicação prescrita para a paciente.



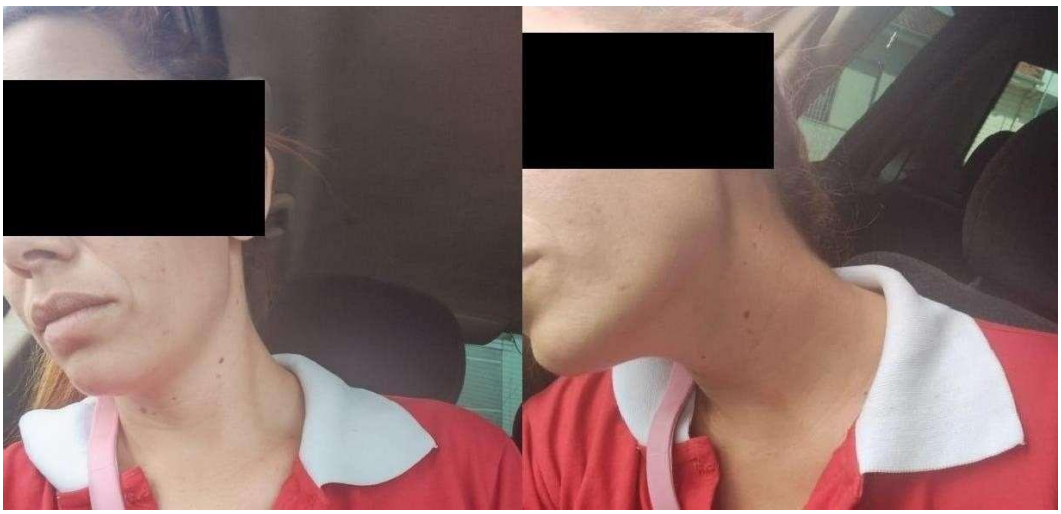
Fonte: Elaborada pelo autor (2022).

Dia após dia, mesmo não tendo mais a autoridade de acompanhar o caso, me propus a mandar mensagens para ela, afinal, foi uma falha minha de não estar presente no dia, e eu queria reparar isso.

Toda vez que ela me respondia que, a cada dia que passava, estava se sentindo melhor, eu sentia um grande alívio.

Passados 15 dias da cirurgia, estava tudo bem com a paciente, ela já não sentia nenhuma dor e não existia mais inchaço, conforme disposto na Figura 24. Pronto! Realmente fiquei em paz, assim pensei.

Figura 24 – Paciente recuperada.



Fonte: foto retirada e enviada pela paciente (2022).

Porém, ainda não tinha acabado. Em um dia normal de atendimento na Clínica Odontológica do Unilavras, o coordenador Douglas me disse para passar em sua sala após a finalização da clínica. Fiquei ansioso e, ao mesmo tempo, com receio do que poderia ser, porque realmente pensei que tudo já estava resolvido.

Terminada a clínica, me direcionei até a sala do coordenador, e para minha frustração era sobre o ocorrido da cirurgia. Ele disse o que eu não queria ouvir: o quão irresponsável eu fui por não ter acompanhado o caso e que nada era justificável, afinal, os pacientes sempre vêm em primeiro plano, e que isso afetaria a minha nota. Com o pensamento de todo adolescente imaturo, só conseguia ver o quão chato ele foi comigo, e com um medo inexplicável de repetir o período.

Chegou o dia em que saíram as notas! Minha nota estava abaixo da média, o que não era novidade. Entrei em desespero e fiquei muito angustiado. Porém nessas

horas que que aparecem os anjos da guarda. O coordenador Douglas novamente me chamou para conversar, e solicitou que eu estudasse e mantivesse a calma, pois tudo iria dar certo. Apenas agradeci e fui embora.

Passei dias e noites estudando muito, para fazer a tão esperada AVIN (avaliação integradora), na qual eu precisaria de 19 pontos em um total de 25.

Chegado o grande dia da prova, eu estava com medo, mas confiante, pois sabia que iria dar o meu melhor. Pronto! Prova finalizada! Agora era esperar o resultado. Para minha surpresa, tirei 21 pontos. Chorei de alegria, com uma sensação de dever cumprido. Sim, eu estava aprovado para o próximo período.

Hoje, vejo o quanto o meu coordenador contribuiu para a minha vida acadêmica e profissional. Com tudo isso, pude concluir que eu era imaturo demais no início, e que tudo o que ocorreu contribuiu de uma forma extraordinária para a minha evolução. Encerro este caso na certeza de que temos que ser maduros ao ponto de sempre ter compromisso com nossos pacientes, haja o que houver.

É possível observar o quão falho e irresponsável eu fui, mas, com a orientação do querido Douglas Fonseca, pude mudar minha maneira de tratar os pacientes, e passo a me pautar agora por uma forma conceituada e justa. Meus sinceros agradecimentos ao professor Nelson e ao coordenador Douglas.

2.3. APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA ALUNA JÉSSICA SILVA DIONÍSIO

Meu nome é Jéssica Silva Dionísio, sou de Oliveira, Minas Gerais. Tenho uma família maravilhosa, a qual eu não poderia deixar de mencionar, pois a minha base, força e equilibro sempre vieram deles, que todos os dias abrem mão dos seus sonhos, para sonhar os meus.

Após a conclusão do ensino médio, tive a oportunidade de me mudar para Belo Horizonte e começar o curso de Farmácia, mas devido a minha insegurança, não prossegui na escolha do curso e comecei a ter outras prioridades em minha vida. Comecei a trabalhar, ir em busca da minha carteira de habilitação e me tornar menos dependente dos meus pais.

Nessa mudança para Belo Horizonte, tive a companhia do meu primo, que iniciava a sua graduação em Odontologia. Os anos foram passando e vendo ele estar cada vez mais realizado no curso, quando os seus materiais chegavam, eu ficava feliz como se eu também fizesse parte daquilo. Com isso, fui criando um vínculo forte e genuíno. Ficava fascinada com os casos clínicos e o poder que a Odontologia possui ao atuar na prevenção, restabelecimento, função e além de corrigir a estética dos dentes.

Não havia mais dúvidas, a Odontologia era o que eu queria para minha vida, cada detalhe me chamava muita atenção e consequentemente, eu deveria ir atrás do meu sonho. Como eu falei no início, “A minha família abre mão dos seus sonhos para realizar os meus”, assim eles fizeram. Comecei a planejar minha vinda para Lavras, com intuito de ficar mais próxima de casa, procurei na internet faculdades renomadas na região, e encontrei o UNILAVRAS. Conversei com amigos que estavam estudando na instituição e tive ótimas recomendações, logo, tive certeza que esta faculdade me ajudaria ir em busca da realização do meu maior sonho. Fiz o vestibular e fiquei encantada com a instituição, ambiente agradável e funcionários solícitos.

O primeiro dia de aula foi incrível, estava contente e feliz, pois sabia que estava no lugar certo. Tivemos uma aula incrível com a Profa. Dra. Márcia de Fátima Soares, a qual nos contou a sua trajetória na Odontologia.

A cada semestre concluído percebia que finalmente havia encontrado a minha vocação e o meu papel como ser humano, de sempre priorizar o paciente de uma forma integral.

Durante o período de graduação, passamos por momentos históricos, onde

tivemos de mudar totalmente o cenário que estávamos acostumados. Em 2018, quando tudo parecia estar bem, houve uma paralisação de caminhoneiros autônomos, com extensão nacional, tivemos de ir embora para nossas casas o mais rápido possível, pois, as estradas estavam sendo bloqueadas causando a indisponibilidade de alimentos e remédios no país. Além disso, presenciamos uma pandemia, em que as aulas tiveram de ser suspensas em março de 2020, a COVID-19 foi definida pela OMS como uma pandemia, diante disso, foi necessário o fechamento de escolas, restaurantes e áreas de lazer.

Este período foi complexo, tanto para nós alunos, quanto para os professores, que passaram a se adequar com nova rotina. Era complicado assimilar a teoria com a prática, aquele contato do professor com aluno acontecia somente através de uma tela de computador, e nos adaptarmos aquele cenário era a melhor opção que tínhamos até o momento. A pandemia me deixou sequelas significativas, como, a perda do meu tio que foi vítima da COVID-19.

Após oito meses em casa, tivemos a oportunidade de voltar para fazermos algumas atividades clínicas, fomos nos adaptando com aquela situação da maneira que o atual quadro possibilitava, diante disso, começamos atender na Clínica Integrada I, onde aprimorei meu conhecimento teórico já adquirido.

As Clínicas de Infantil I também começaram, e eu fiquei admirada, todos meus pacientes mirins me trouxeram um aprendizado significativo, eram de olhinhos amedrontados, à olhinhos felizes pelos meus elogios por estarem fazendo a higienização bucal adequada. Diante de diversas dificuldades, a Odontologia vem me transformando e ganhando cada vez mais a minha admiração pela profissão compensadora que eu decidir trilhar.

2.3.1. DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE

O caso a ser descrito foi realizado na Clínica de Odontologia do Unilavras, no Estágio de Bebê Clínica, iniciado no primeiro semestre de 2022. Paciente do sexo feminino, um ano e oito meses de idade, natural de Lavras, compareceu a clínica acompanhada da mãe, onde buscava atendimento devido a uma mancha no dente cinquenta e um. O caso foi supervisionado pela Profa. Dra. Ísis M. Patto Carvalho.

O conhecimento básico da psicologia é de suma importância para o cirurgião dentista que faz atendimentos em crianças de diferentes idades, entretanto, algumas técnicas contribuem para que não cause danos e transtornos emocionais para os pacientes. Citado como exemplo, o hábito de chupar o dedo a mudança do local do hábito, ou seja, a criança deixar de chupar o dedo e passa a enrolar o cabelo.

Conforme Guedes-Pinto (2016), assim há uma falsa ideia de que objetivo principal foi atingido, quando na realidade isso não ocorreu, apenas mudou de forma.

Desse modo, no primeiro contato com a paciente foi realizada a anamnese, a fim de um melhor conhecimento da criança. Durante a conversa, a mãe relatou que a filha não apresentava nenhum problema sistêmico, mas fazia uso de Sulfato Ferroso, prescrito pelo médico pediatra para prevenção da anemia.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a anemia como a condição na qual a hemoglobina no sangue está abaixo do recomendado, sendo resultado da carência de um ou mais nutrientes essenciais, OMS, (2015).

Segundo estimativa da OMS, a anemia acometia, entre 1993 e 2005, em torno de um quarto da população mundial, o que correspondia a 1,62 bilhão de pessoas afetadas, sendo a grande maioria crianças menores de quatro de anos, (GIL DE SANTIS *et al*., 2019).

Quando questionada sobre a higiene bucal da paciente, a mãe relatou que fazia a higienização da menina duas vezes ao dia, mas que tinha dificuldade ao fazer uso o fio dental devido a negação da menor. Foi questionado também, se a criança possuía alguns hábitos deletérios e a responsável informou que a criança tinha o hábito de succionar o dedo quando estava com fome e sono. (Figura 25).

Nesse primeiro contato, foi possível perceber que ela era uma criança amorosa, bem cuidada, mas insegura e apreensiva. Para ganhar sua confiança comecei a brincar com um fantoche disponibilizado na clínica, para se adaptar com o ambiente e deixá-la segura.

Figura 25 - Sucção do dedo



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Após a anamnese, e a tentativa de socialização com a paciente foi realizado o exame intra e extraoral. No exame extrabucal não houve nenhuma alteração, mas no exame intraoral, sim (quadro 1). No dente 51 foi possível visualizar um manchamento na face vestibular no terço médio, de origem desconhecida e anquiloglossia total. (Figura 26).

Quadro 1 - Ocorrência, Diagnóstico e Plano de tratamento

DENTE	OCORRÊNCIA E DIAGNÓSTICO	PLANO DE TRATAMENTO
54	Hígido	
53	Hígido	
52	Hígido	
51	Manchamento na face V, no terço médio de origem desconhecida.	Profilaxia e proservação.
61	Hígido	
62	Hígido	
64	Hígido	
74	Hígido	
73	Hígido	
72	Hígido	
71	Hígido	
81	Hígido	
82	Hígido	
83	Hígido	
84	Hígido	

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Feito o exame clínico, foi realizada a profilaxia com escova de Robson, pasta profilática Herjos Tutti-Frutti, (COLTENEE - BRASIL) para a remoção da mancha enegrecida no elemento dentário, mas não houve a remoção completa, diante disso, sugere-se que antes da pigmentação de cor escura, houve uma lesão cariosa ativa, que facilitou aderência de pigmentos escurecido do Sulfato Ferroso.

A cárie é uma doença multifatorial, definida como uma doença crônica dos tecidos dentários, resultante da desmineralização mediada por microrganismo que

causam na fase final, a destruição coronária, (IMPARATO et al., 2015). O hospedeiro suscetível, microbiota cariogênica e dieta são alguns dos fatores que favorecem para a ocorrência da doença. A intervenção desses fatores por um período de tempo, pode propiciar o desenvolvimento da lesão de cárie, (TOLEDO et al., 2012).

Figura 26 - Manchamento na face vestibular do elemento 51. (Terço médio).



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

No exame clínico intraoral foi possível ver a alteração anátomo-funcional da língua, a qual impedia a sua completa movimentação. (Figura 27).

Figura 27 - Anquiloglossia total



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

O freio lingual, quando curto, muda a fisiologia da mecânica da língua, podendo também ocorrer alterações anatomofuncionais em outras estruturas da boca. A sua estrutura anatômica é representada por epitélio pavimentoso estratificado desqueratinizado, que reveste uma camada de tecido conjuntivo

> rico em fibras colágenas e elásticas, bem como células adiposas, fibras musculares e vasos sanguíneos, GUEDES-PINTO, (2016, p.69).

Em recém-nascidos, o freio lingual abrange o ponto máximo da língua até a base do processo alveolar inferior. Em poucas semanas, com o aumento da língua, o freio passa a ocupar a porção central da parte anterior da língua, tornando sua posição permanente. Mudanças funcionais do músculo genioglosso e o freio lingual curto, são fatores que contribuem para a anquiloglossia, que ocasiona interferência na dicção, e o crescimento normal da mandíbula, (GUEDES-PINTO et al., 2016).

É obrigatório que todas as maternidades realizem o Teste da Linguinha, como foi sancionado pela presidente em 2014. O exame é fácil e simples, mas é necessário que seja realizado por um profissional da Saúde capacitado, como, cirurgião-dentista, fonoaudiólogo, médico e/ou enfermeiro. O teste consiste no profissional examinar com os dedos, a movimentação da língua e a posição do frênulo. Logo após isso, observar e gravar a amamentação do bebê para depois observar-se os detalhes. Este teste é importante, pois, previne que a criança apresente qualquer dificuldade de deglutição e sucção que pode atrapalhar no aleitamento, (IMPARATO et al., 2015).

Após a análise clínica, fechamos o diagnóstico e explicamos para a mãe que seria indicado fazermos o tratamento não conservador na paciente, uma vez que a anquiloglossia total causa inúmeros malefícios. Um dos problemas de um frênulo lingual bem inserido é a necessidade de adaptação durante a amamentação. (POMPÉIA et al., 2016 p.217). Essa anomalia pode causar desordens articulares, respiratórias e comprometer o crescimento maxilomandíbular, prejudicar a mastigação, dificuldade de autolimpeza, sucção e deglutição, (IMPARATO et al., 2015).

O tratamento conservador da anquiloglossia é realizado por meio de um fonoaudiólogo, no qual o paciente realiza exercícios apropriados que permitem o alongamento da estrutura do freio lingual. No tratamento não conservador é feito a frenectomia lingual, o qual consiste na remoção total do freio. Em recém-nascidos, a cirurgia pode ser feita com anestésico tópico Oftálmico, sendo necessário apenas uma única incisão, (GUEDES-PINTO et al., 2016).

Após o minucioso exame e exame clínico, fecharmos o diagnóstico e planejamos os atendimentos em quatro sessões. Na primeira sessão, a mãe foi

instruída sob manter bons hábitos alimentares da filha, reforcei sobre a importância da escovação e uso do fio dental, principalmente à noite antes de dormir.

Para segunda sessão, planejamos a frenectomia. A princípio essa cirurgia corta o tecido fibroso da mucosa, divulciona e se houver necessidade, remove a parte do tecido fibroso (IMPARATO et al., 2015). A terceira sessão e a quarta sessão seriam para acompanhar a reparação tecidual. O processo de cicatrização de uma lesão impõe um ciclo contínuo de tratamento, sendo em alguns casos, por um maior período, o quepode ter consequências negativas na qualidade de vida de um indivíduo, (BAVARESCO et al., 2018 p.217).

Na primeira sessão, a paciente chegou à clínica, chorando, apreensiva e nervosa, diante disso foi utilizado uma abordagem lúdica, utilizei a técnica de falar, mostrar e fazer, buscando diminuir a ansiedade, tensão e bem como o surgimento de possíveis traumas em relação ao atendimento odontológico, (SILVA et al., 2016). A finalidade dessa técnica é mostrar ao paciente infantil que o odontólogo não irá lhe causar nenhum mal, mas que está presando pelo seu bem-estar (ALBUQUERQUE et al., 2010). O cirurgião-dentista é isso, muda a realidade do paciente, orienta, ama e ajuda diante dos desafios, mesmo que por um curto período de tempo.

Depois de diversas tentativas em reduzir o medo e a tensão da criança, foi necessário a contenção física. A técnica pode ser utilizada com o auxílio dos pais e auxiliares odontológicos, é uma forma utilizada para procedimentos rápidos e sem muita demanda técnica, buscando principalmente o conforto do paciente; a contenção física é de grande utilidade para crianças que apresentam movimentos involuntários. Este procedimento deverá oferecer segurança e impõe se que o tempo de uso seja limitado e que jamais seja punitivo, (TOLEDO et al., 2012).

Para a realização do procedimento estabelecido no plano de tratamento, utilizamos a contenção física com a ajuda da mãe, instruímos a mesma sobre como seria feito o procedimento para que ela pudesse estar ciente e colaborar. Sendo assim, a responsável ficou deitada sobre a menina, a fim de imobilizar os braços e aspernas, de forma firme, mas afetuosa, o auxiliar segurou a cabeça da paciente e o abridor de boca para que eu pudesse fazer a profilaxia no dente cinquenta e um.

Na segunda sessão, conversamos com a mãe se a paciente havia apresentado febre, alergias, infecções ou algum mal-estar nos últimos dias, e a mesma relatou que não houve nenhuma alteração quanto a saúde da menor. Diante disso, prosseguimos

para o procedimento cirúrgico, mas não houve cooperação da criança, sendo necessário fazer novamente a contenção física com ajuda da mãe e do auxiliar que prontamente segurou a cabeça da paciente e o abridor de boca. Geralmente, o cirurgião dentista está relacionado a dor e estar em um consultório odontológico poder gerar para criança diversos sentimentos como estresse, medo e ansiedade dificultando o tratamento sugerido, (MATOS; FERREIRA; VIEIRA et al., 2018).

No Estágio de Bebê Clínica, evitamos ao máximo trazer desconforto para o paciente, por isso, utilizamos o anestésico tópico sempre que possível para que o mesmo atue na preparação da mucosa, a fim de trazer alívio ao fazer a introdução da agulha (Figura 28). Antes da aplicação da anestesia, fiz a técnica de distração. A distração é uma forma de mudar o foco do paciente para situações que possa ser desagradável, evitando comportamento negativo ou de recusa, (TOLEDO et al., 2012).

Figura 28 - Aplicação de anestésico tópico



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

De acordo com GUEDES-PINTO (2015) a técnica para se obter a imobilização mais adequada da língua é a transfixação com um fio de seda ou algodão, feita na estrutura muscular, situada próximo à ponta da língua. Para TOLEDO (2012), esse reparo facilita a elevação da língua, mantendo-a numa posição superior e permitindo o acesso direto ao freio (Figura 29). Pode ser usado também outra técnica, a qual o profissional usa o instrumental conhecido como tentacânula. (Figura 30).

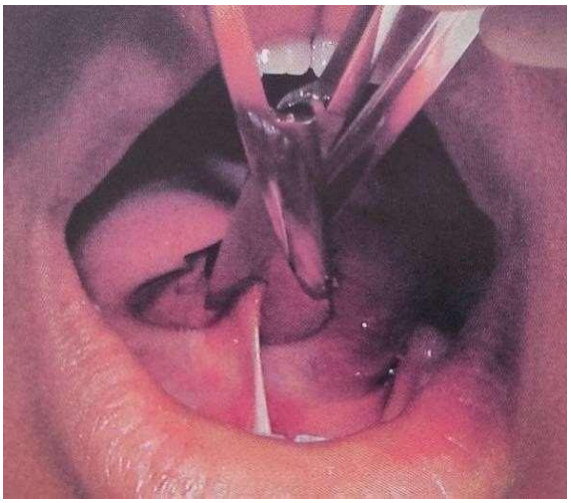
Este instrumental é utilizado na área médica e odontológica, podendo ser encontrado em diversos tamanhos, o mais indicado para esse procedimento é o de 15 centímetros. Na frenectomia lingual, este instrumental é usado de forma contraria da original e tem como finalidade de delimitar o frênulo e facilitar a incisão, (GUEDES-PINTO et.al., 2015).

Figura 29 - Língua transfixada por um fio de seda próximo da sua ponta



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Figura 30 - Tentacânula posicionada e incisão com a tesoura paralela.



Fonte: Guedes-Pinto *et al*. (2015).

Para um tratamento satisfatório na odontopediatria, é necessário sempre estar se comunicando com a criança, antes, durante e após o procedimento. Dessa forma, foi isso que fiz, apliquei a técnica do reforço positivo sempre quando eu conseguia fazer uma etapa do procedimento.

O reforço positivo é uma das técnicas mais utilizadas na odontopediatria, ela pode ser verbal ou social, o elogio verbal ou demonstrações de carinho, podem ser utilizados pelo cirurgião-dentista responsável pelo paciente e auxiliar. É importante destacar, que, não citamos nenhum tipo de chantagem ou qualquer tipo de reforço negativo. Esse exemplo de abordagem é inadequado e danoso, e normalmente, faz com que a criança não queira dar sequência no tratamento planejado.

Na sequência, seccionei o freio lingual em sua porção mediana, mantendo um extremo cuidado para que não houvesse um corte excessivo, essa manobra é muito conhecida como “dar um pique na língua”. Na Figura 31 é possível ver a que a incisão ficou em forma de losango, facilitando para a divulsão das fibras.

Figura 31 - Ferida cirúrgica



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Feito este processo, a região foi irrigada por uma seringa com Cloreto de Sódio à 0,9% estéril, conhecido popularmente como soro fisiológico. (Figura 32). A incisão foi pequena e não houve grande quantidade de sangramento, dessa forma, não houve necessidade de suturar.

Figura 32 - Irrigação de Soro fisiológico estéril



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Realizado o procedimento cirúrgico, conforme o peso da criança, foi receitado Dipirona monoidratada 500 mg, posologia cinco gotas de quatro em quatro horas em

caso de dor até três dias. A dipirona é um analgésico utilizado no tratamento da dor e febre, sendo eficaz e de baixo custo.

Os cuidados pós operatórios se constituem em: continuar com a escovação de forma cuidadosa no mínimo três vez ao dia, alimentação fria ou gelada nas próximas 48 horas para ocorrer a coagulação e reduzir as chances de sangramento. A temperatura fria causa analgesia, o que ajuda a diminuir a dor pós cirúrgica.

O pós-operatório é tranquilo e possui um bom prognóstico, mas pode ocorrer incômodo devido a dor provocada ao movimentar a língua. Caso tenha necessidade, o paciente poderá fazer terapia fonoaudiológica após 15 dias da reparação.

A Figura 33, mostra a menina minutos depois da cirurgia. A criança apresentava estar calma, segura e feliz com a novidade em fazer movimentos com a língua, o que não era possível antes da intervenção. É muito comum, pais se preocuparem sobre traumatizar seus filhos em procedimentos como este, mas na sua fase adulta, provavelmente o filho não lembrará, mas a sensação de estar sendo cuidado, protegido e amado ficará na memória para sempre.

Durante as consultas odontológicas, os pais devem compreender que o cirurgião-dentista sabe como preparar emocionalmente a criança, durante e pós o tratamento. Por essa razão, devem ter confiança no profissional e entregar seus filhos aos seus cuidados, (GUEDES-PINTO et al*.,* 2016).

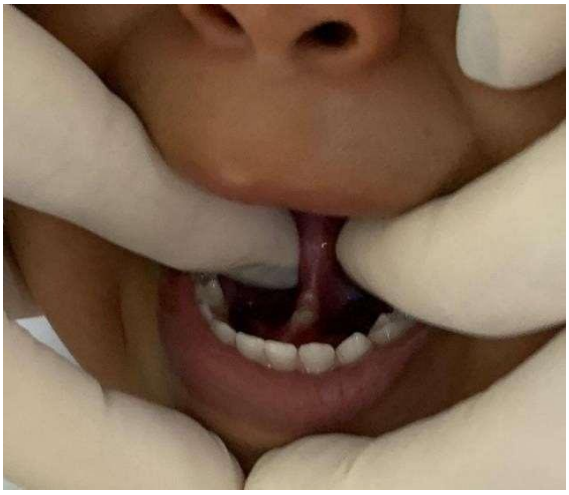
Figura 33 - Criança minutos após a cirurgia



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Foi solicitado que a responsável levasse a criança sete dias depois para um retorno de acompanhamento. A Figura 34 mostra a ferida cirúrgica sendo reparada e a presença de um tecido fibroso.

Figura 34 - Reparação Cirúrgica tecido fibroso



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

No retorno, a mãe relatou que após o procedimento cirúrgico a criança não apresentou nenhuma alteração sistêmica, sendo necessário o uso do medicamento prescrito, somente no dia da cirurgia. Foi relatado também, que, obteve uma facilidade na hora de higienização da cavidade oral, aumento da salivação e grande melhora na postura de lábios.

Em relação ao hábito deletério da menina, foi sugerido que o apoio e a paciência dos pais são primordiais, uma vez que, esse hábito oferece um conforto emocional nos momentos difíceis ou de sono, além disso, o dedo na erupção dos dentes decíduos oferece um alivio, é necessário interromper o hábito durante o sono, fazer atividades que utilizem as mãos, para que ela se ocupe e não venha levá-las naboca e também não cometer nenhum comportamento severo, como o de colocar alimentos apimentados ou amargos no dedo da criança.

Finalizado todo o procedimento proposto, percebeu-se um bom prognóstico, sendo necessário acompanhamento semestral para que a criança venha ter o mínimo de problemas odontológicos ao decorrer dos anos.

2.4. APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES PELA ALUNA KARLA SELVATI

Desde muito nova, sempre tive um interesse de cuidar e ajudar pessoas, quando finalizei o ensino médio, fui orientada pela minha professora e familiares a cursar Direito, pois eu era muito boa em assuntos e matérias de humanas e também não havia nenhum Advogado(a) na minha família, porém, a minha vontade era de cursar Medicina, e meu maior sonho dentro da carreira era participar do programa Médicos Sem Fronteiras. Fiz cursinho para o ENEM e prestei vestibulares, ao ponto de ficar em 33° lugar na seleção de 30 vagas para bolsa na Faculdade de Ciências Médicas de Belo Horizonte, em 2015. Após este resultado, minha mãe me aconselhou a não desistir. Fiquei mais um ano estudando, nesse ano, meu interesse na área acadêmica mudou, porém, a ambição era a mesma – ajudar pessoas.

Entrei para o curso de Relações Internacionais, no Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH). Durante este período, me recordo perfeitamente, de um dia, tomando café com uma amiga no intervalo da faculdade, ela me disse que eu tinha ‘’ cara de dentista’’, achei engraçado, pois nunca tinha passado pela minha cabeça a possibilidade de me tornar uma dentista. Conclui dois semestres em 2017, até que fiquei desanimada, com incertezas sobre o curso e sobre o meu futuro, e além de também, não querer mais estar longe de casa.

Nas férias do final do período letivo, comecei a utilizar bastante redes sociais e sempre aparecia algo voltado para Odontologia, e tudo foi me deixando interessada. Conversei com minha mãe sobre minha intenção de mudar de curso e ela sempre me apoiando, me recordou sobre a possibilidade de realizar o curso no UNILAVRAS, faculdade que formou meu primo Dr. Rodney Selvati, que hoje é um excelente profissional e que me inspira muito.

Durante a transferência, nada foi fácil, a burocracia de transferência do Fies é imensa, até que um dia, me recordo perfeitamente, já estava esgotada, pois sempre faltava algo para concluir, comecei a chorar, ao ponto de me levarem para conversar com o coordenador do curso, nosso querido Prof. Dr. Douglas Campidelli Fonseca, para me acalmar e me orientar sobre como funcionava o curso, me acalmei, as moças do setor de benefícios se solidarizaram comigo e concluíram minha matrícula.

Então, me ingressei no 2°/2018, foram anos difíceis, acordando às 05:00 horas da manhã para pegar ônibus, enfrentando lotações cheias para chegar na aula às

07:00 horas, carregando maletas de instrumentais pesados, muitas vezes, ainda chegava atrasada, mas, o amor pelo curso só aumentava cada vez mais, principalmente quando me deparei com as seguintes matérias: Anatomia de Cabeça e Pescoço, Anatomia de Órgãos e Sistemas, Patologia, Histologia e Embriologia, Fisiologia Humana, Bioquímica e Imunologia, que expandiram minha visão sobre a Odontologia, desde então passei a ver o curso de maneira mais ampla, pois, a Odontologia não trata apenas dentes – como eu pensava, mas também o corpo como um todo.

O caso clínico a ser relatado a seguir, foi um grande desafio para mim, pois, infelizmente ao longo do período acadêmico, tivemos de nos adaptar a um cenário de pandemia, que foi uma situação que fez com que alguns desistissem do curso, aulas práticas e clínicas ficassem atrasadas, principalmente os laboratórios de próteses, que foram os mais afetados, o que me fez sentir insegura a princípio em relação ao procedimento, mas, ao final, me serviu de grande aprendizado, pois, me forçou a evoluir nas partes laboratoriais. Com a ajuda e apoio da Técnica em Prótese, Crisiane Vilas Boas Campos, tudo ficou mais fácil, e o amor pela Odontologia continuou a crescer e o propósito de chegar até o fim para orgulhar aqueles que amo e as amizades feitas durante a graduação me deram forças para continuar.

2.4.1. APRESENTAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O caso clínico a ser descrito foi realizado na Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), na disciplina de Clínica Integrada III e IV, sendo realizado por mim, Karla Selvati, com a supervisão dos professores Me Nelson Marques e Dra. Renata de Carvalho Foureaux.

2.4.2. DESENVOLVIMENTO DO CASO CÍNICO

Paciente de 53 anos de idade, compareceu a Clínica Odontológica do Unilavras, apresentando como queixa principal: ‘’ dor durante a mastigação e vergonha da ‘’ monstruosidade’’ que está minha boca’’. Durante a anamnese, a paciente relatou ser pré-diabética, hipertensa e fumante há mais de 10 anos.

A paciente relatou fazer uso de medicamentos, como, Glifage, para o tratamento da diabetes. Losartana Potássica, para o controle da hipertensão arterial e Sertralina, para o controle da ansiedade e depressão. Durante a anamnese, a paciente também deu ênfase em sentir grande necessidade de ingestão de açúcar, devido ao período de menopausa.

Sabemos que, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus* fazem parte das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e são as principais causas de mortes e de adoecimentos no mundo, (FERNANDES NILSON et al., 2020). A prevalência dahipertensão arterial e diabetes, cresce gradualmente na população adulta do país, tendo as dietas inadequadas, como o aumento do consumo de alimentos ultra processados, excesso de sódio, gorduras e açúcar nas dietas, causas diretas, (FERNANDES NILSON et al., 2020). A depressão também relatada pela paciente, é um transtorno que compromete o cotidiano, principalmente nos relacionamentos sociais.

Conhecer o paciente que será tratado com prótese total, é um passo fundamental para o sucesso do tratamento, pois, a saúde bucal apresenta estreita relação com a saúde geral e contribui com o bem-estar físico, psicológico e social do indivíduo. O Cirurgião-Dentista responsável, deve compreender e registrar itens importantes para a realização dos procedimentos, pois, o emocional do paciente hipertenso durante o atendimento odontológico interfere no valor da pressão arterial, o diabetes *mellitus* interfere no processo cicatricial, além de ambos interferirem na escolha do anestésico a ser utilizado, e deve atentar-se para uma profilaxia medicamentosa em procedimentos que tenha sangramento, (CANEPPELE et al., 2011).

Ao realizar o exame clínico intraoral, a paciente fazia uso de uma prótese parcial removível superior com mais de 10 anos de confecção, que se encontrava commá adaptação e mal higienizada, com manchas extrínsecas de cigarro e acúmulo de biofilme sobre o acrílico, (Figura 35). Também foram observadas manchas avermelhadas, localizadas sobre o palato superior (Figura 36), que são denominadas de estomatite eritematosa ou estomatite protética. Esta infecção se desenvolve abaixo de qualquer prótese ou acessórios intrabucais com acrílico.

Na maioria dos casos, é uma condição indolor e os principais fatores predisponentes são: higiene bucal deficiente, uso contínuo da prótese e má

adaptação. A estomatite protética é a forma mais prevalente de candidose bucal, a grande maioria dos usuários de próteses apresentam sinais desta condição, sem estarem conscientes da infecção, (TOMMASI et al., 2014).

Figura 35 – Fotografia da Prótese Parcial Removível usada pela paciente



Fonte: elaborada pela autora (2021).

Para se obter um bom diagnóstico e um correto plano de tratamento, temos de realizar um bom exame clínico e complementado por exames radiográficos, que são exames que agregam grandes informações não vistas clinicamente. A radiografia panorâmica possibilita a ampla visualização de estruturas internas bucais e se destaca por apresentar pouca dose de radiação ao paciente, (QUEIROZ et al., 2017).

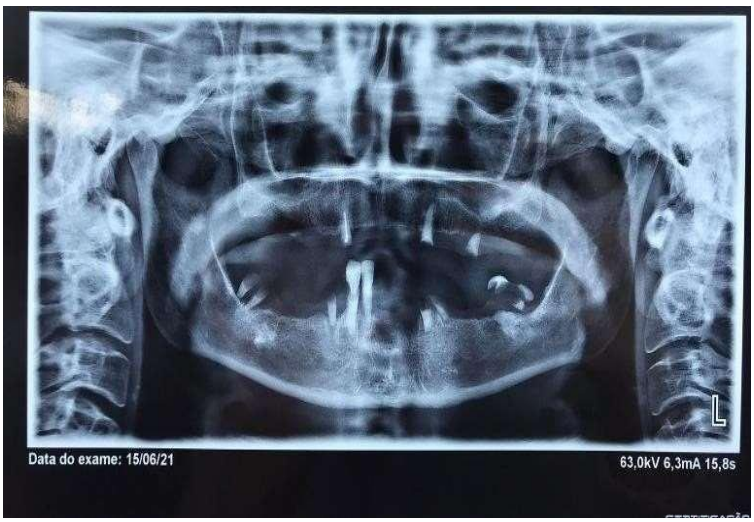
No exame radiográfico panorâmico, foi notado que, a paciente possuía várias raízes radiculares e dentes com perdas de inserção que eram os causadores da dor durante a mastigação. (Figura 37). Então, encaminhamos a paciente para a realização da exodontia (Figura 38).

Figura 36 – Raízes residuais superiores



Fonte: elaborada pela autora (2021).

Figura 37 – Radiografia panorâmica



Fonte: elaborada pela autora (2021).

Como descrito acima, a paciente possuía alguns problemas de saúde sistêmicos, e o cuidado durante o ato cirúrgico deveria ser dobrado. Devido a isso, foi solicitado pelo Prof. Me Nelson Marques a realização de exames como Hemograma Completo, Glicemia em Jejum e carta de autorização médica do profissional responsável, porém, a mesma relatou que não teria condições financeiras para arcar com o custo dos exames e que teria que realizá-los pelo SUS – Sistema Único de Saúde que garante acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com isso, houve um atraso na continuidade do tratamento.

Passado algum tempo para a realização dos exames, e já com a autorização médica do profissional, retornamos aos atendimentos. Devido aos problemas sistêmicos da paciente, antes da realização da cirurgia, foi prescrito o uso de profilaxia antibiótica para prevenir uma infecção por bacteremia, que, de acordo com Caligari (2019), é causada pelas bactérias que não são neutralizadas pelo sistema imunológico que viajam pela corrente sanguínea e aumentam a possibilidade de se concentrarem em diversas partes do corpo, o que potencializa infecções como meningite, endocardite e osteomielite.

Essa profilaxia é realizada com 2 gramas de Amoxicilina 1 hora antes do início da cirurgia para que a concentração antibiótica adequada atinja a corrente sanguínea antes da abertura do campo operatório, (BRIGANTINI; MARQUES; GIMENES, 2016). A Amoxicilina foi o antibiótico de escolha para fazer a profilaxia antibiótica, pois ela é

bem absorvida por via oral, atinge boas concentrações séricas e teciduais, (BRIGANTINI; MARQUES; GIMENES, 2016). A escolha dos anestésicos locais contendo epinefrina devem ser usados com cautela, (HUPP; ELLIS III; TUCKER, 2015).

Figura 38 – Raízes residuais superiores logo após o ato cirúrgico



Fonte: elaborada pela autora (2021).

Para dar continuidade ao tratamento, após a remoção das suturas e cicatrização do rebordo alveolar, foi realizada a moldagem anatômica do arco superiore inferior com moldeiras de alumínio perfuradas (Figura 39) e silicone de condensação.

Segundo Telles (2011), a moldagem anatômica de um rebordo edentado deve ter a mínima deformação dos tecidos de suporte, através da aplicação da técnica adequada, e o passo mais importante para a técnica correta de moldagem é a seleção das moldeiras.As moldeiras para edentados devem possuir a bacia mais rasa e o cabo biangulado, permitindo um correto posicionamento sobre o rebordo sem deformar as inserções musculares, (TELLES, 2011).

Figura 39 – Moldeiras de desdentados



Fonte: elaborada pela autora (2021).

Como cita Telles (2011), os materiais mais utilizados para a moldagem anatômica dos edentados são: o alginato, a godiva e o silicone. Neste caso, foi escolhido o silicone de condensação, pois, além de fornecer uma alta precisão e estabilidade dimensional, é excelente na definição dos detalhes, (VOLPATO, 2013).

Após realizar a moldagem anatômica, fui ao laboratório de prótese da faculdade para confecção do modelo anatômico, o gesso de escolha foi o Gesso tipo IV, por fornecer melhor precisão, após isso, seguindo todos os passos corretos, foram confeccionadas as moldeiras individuais com resina acrílica autopolimerizável, a partir do modelo de estudo.

Conforme Telles (2011) as moldeiras individuais devem ser construídas o mais adaptada possível sobre o modelo anatômico, devem ser rígidas, não permitindo a deformação do material de moldagem. Foram confeccionadas no laboratório de prótese, prensando-se a resina acrílica na fase plástica entre duas placas de vidro, isoladas com vaselina, e com palitos de picolé nas extremidades para servir de controle da espessura, após esse procedimento, colocou-se a placa de resina acrílica em cima do modelo anatômico de gesso, mantendo a resina firme em posição, até o momento da polimerização – fase rígida. Ao fim deste procedimento, foi feito o acabamento, utilizando brocas e lixas e colocado um cabo feito com a própria resina acrílica para facilitar no momento da moldagem.

Com as moldeiras individuais prontas (Figura 40), iniciamos o próximo passo, que é a moldagem funcional. Segundo Telles (2011) a moldagem funcional deve ser dividida em duas fases distintas, mas que se complementam: o vedamento periférico e a moldagem funcional.

Figura 40 – Moldeiras individuais com alívio em cera 7



Fonte: elaborada pela autora (2021).

A moldagem funcional é realizada utilizando as moldeiras individuais confeccionadas a partir do modelo anatômico do paciente, o principal objetivo é determinar o limite da área chapeável de acordo com a anatomia presente na cavidade oral do paciente, (TELLES, 2011).

Antes de levar a moldeira em posição na boca da paciente, foi realizado um vedamento em toda a periferia da base da prótese (Figura 41), pois, segundo Telles (2011) ovedamento promove o confinamento de uma película de saliva, gerando a retençãoda prótese a mucosa por ação das forças de coesão, adesão e pressão atmosférica. Além, de diminuir significativamente o afluxo de alimentos, que podem vir a ficarinterpostos entre a base da prótese e a mucosa que reveste o rebordo.

Esse tipo de moldagem é realizado através de materiais de consistência regulares ou leve, tipo pasta zinco – enolíca, silicona ou poliésteres (Figura 42), (SALVADOR et al., 2013). Neste caso, foi utilizado silicone de condensação e posteriormente silicone de adição, pois, segundo Turano (2019), visa obter detalhes anatomofisiológicos importantes na prótese total.

Figura 41 – Moldeira individual superior com vedamento periférico feito com silicone de condensação.



Fonte: elaborada pela autora (2021).

Figura 42 – Moldagem funcional

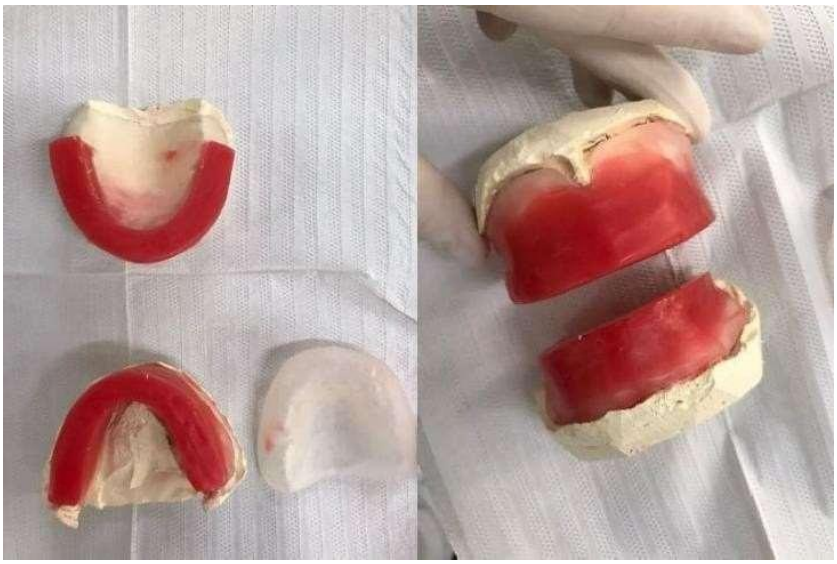


Fonte: elaborada pela autora (2021).

Concluindo a parte das moldagens, partimos para a confecção dos planos de orientação e determinação da dimensão vertical. Para dar início a confecção dos planos de orientação é imprescindível a confecção da chapa de prova, conforme Turano (2010), a base de prova é a base provisória da prótese total (Figura 43), são muralhas decera adaptáveis sobre as chapas de prova, e usada para a montagem de dentes artificiais, prova estética e fonética do paciente, além de capturar e registrar linhas dereferência e relações intermaxilares, com a finalidade de transportá-los para o articulador.

Salvador et al. (2013), também diz no seu livro que a chapa de prova deve manter bem adaptada na boca do paciente para que, durante a tomada das relações, reduza o mínimo de erros possíveis.

Figura 43 – Base de prova



Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Sobre a base de prova, demarcamos as seguintes linhas: Altura incisal que é a porção visível dos dentes com o lábio em repouso (Figura 44); Linha Média que serve como um importante referencial estético; Linha alta do sorriso, onde os dentes formam uma curva suavemente ascendente, que acompanha a borda superior do lábio inferior, conforme Telles, (2011).

Foi analisado também o corredor bucal (Figura 45), que é o espaço existente entre a superfície vestibular dos dentes posteriores e a mucosa interna da bochecha e ser visualizado quando o paciente sorrir, TELLES (2011).

Figura 44 – Demarcação da altura incisal



Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Figura 45 – Visualização do corredor bucal



Fonte: Elaborada pela autora (2021).

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

O registro intermaxilar foi realizado com o auxílio de uma régua Fox, que permite estabelecer uma relação provisória entre os maxilares desdentados. Durante a tomada de medidas, é importante manter o paciente com a cabeça firme para que não haja distorções durante o registro, (SIEBRA et al., 2017).

De acordo com Telles, (2011., p. 154)

> Com Régua de Fox apoiado sobre o plano de cera, pode ser avaliada a sua relação com o plano de Camper, que é estabelecido em tecido mole pela lillinha que vai da borda superior do trá gus a borda inferior da asa do nariz . O plano de cera deve ser ajustado, com o auxiĺ io de uma espá tula metá lica larga aquecida, mantendo-se a altura incisal previamente definida, até que o plano oclusal fique paralelo ao plano de Camper no plano sagital, estabelecendo-se essa relaão nos dois lados da face do paciente.

Siebra et al. (2017), afirma em seu artigo que o uso do arco facial na montagem em articulador semiajustável é uma parte importante na confecção da prótese, principalmente quando o paciente é desdentado total. (Figura 46).

O arco facial permite que as características da arcada dentária do paciente, como, a relações de posição, a inclinação, a altura sejam transferidas para o articulador, (SIEBRA et al., 2017).

A montagem em ASA permite que os registros intermaxilares fiquem mais precisos. O articulador semiajustável possui vantagens excelentes, pois, ele pode alcançar alto grau de capacidade, reprodução dos movimentos satisfatório e relações dentais bem estabelecidas, (TELLES, 2011).

Figura 46 – Registro em Arco Facial



Fonte: Elaborada pela autora (2021) - O arco facial posicionado no paciente coincide com a linha doplano de Frankfurt (Po-Or).

Concluída as fases de confecção dos planos de orientação e determinação da dimensão vertical, partimos para a montagem dos modelos em um articulador (Figura 47) para reproduzir a relação estática e dinâmica da mandíbula com a maxila. Segundo Salvador et al. (2013), o articulador é um aparelho que tem função de fixar os modelos, registrar as relações intermaxilares, o eixo de rotação da mandíbula, o movimento percorrido nas três dimensões e reproduzir movimentos mandibulares de interesse doprotético.

Isso, vai possibilitar que os dentes artificiais sejam posicionados sobre as bases de prova, de acordo com os parâmetros estéticos e funcionais previamente estabelecidos nos ajustes dos planos de referência, (TELLES, 2011).

Figura 47 – Modelo montado em ASA



Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Após idas e vindas da paciente na clínica, chegou o dia de fazer a escolha dos dentes artificiais (Figura 48), neste momento, tivemos o primeiro impasse com a paciente. De acordo com Telles (2011), a seleção e a montagem dos dentes artificiais devem ficarsob a supervisão do Cirurgião-Dentista, pois, tal procedimento requer o conhecimento de ciências básicas, como, a dinâmica de reabsorção dos ossos alveolares, do envelhecimento da pele, da fisiologia muscular do terço inferior da face, da língua e até alguma sensibilidade artística.

A paciente relatou querer dentes mais ‘’ pequenos, gordinhos e arredondados’’, o que acabaria resultando em um aspecto infantil, tivemos que explicar para ela que temos de escolher com base na relação de altura e largura dos dentes com a face e a fenda bucal. Essa característica é denominada proporção, (TELLES, 2011).

Segundo Telles (2011), a proporção da composição dentária é o vínculo que se persegue para dar um sentido de unidade entre esta e o todo facial. A estética em prótese total é um assunto que envolve vários fatores, que, em conjunto proporcionam uma harmonia com o restante da face, (CASTRO JÚNIOR; HVANOV; FRIGERIO, 2000).

Figura 48 – Escolha dos dentes artificiais e da mucosa para a acrilização



Fonte: elaborada pela autora (2021).

Após fazermos a escolha dos dentes artificiais, eles foram enviados para o laboratório de prótese para serem montados na base de prova (Figura 49), para, na próxima consulta realizar-se a prova em boca.

Figura 49 – Montagem dos dentes artificiais sobre a base de prova.



Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Agendamos uma consulta para a paciente realizar a prova em boca, (Figura 50) inicialmente, ela demonstrou uma certa estranheza, pois, relatou que se desacostumou com a presença de todos os dentes, que estava se sentindo ‘’bicuda’’ e com dentes ‘’muito grandes’’, então, tivemos de refazer a escolha dos dentes artificiais e desta vez, com a autorização da paciente, foram enviados novamente para o laboratório de prótese, para fazer a acrilização final, caracterização, polimerização e acabamento, para, posteriormente fazermos a entregar das próteses totais.

Figura 50 – Prova dos dentes artificiais na boca do paciente



Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Com as próteses finalizadas, a paciente foi agendada para a consulta de instalação e entrega, porém, como houve um atraso na entrega, as próteses não se adaptaram corretamente, e foi necessário fazer um reembasamento e enviar novamente para o laboratório de prótese para a acrilização.

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

Feito o reembasamento e a acrilização, novamente, agendamos a paciente para a instalação e finalização do procedimento (Figura 53), de acordo com Telles (2011), na consulta de instalação, devem ser previstos ajustes, primeiramente na base da prótese em contato com a mucosa, em busca de pontos que podem ser dolorosos outraumáticos para o paciente e dos contatos oclusais dos dentes artificiais.

Deve-se observar a presenças de bolhas positivas de resina no interior da prótese e de superfícies irregulares ou bordas cortantes que podem lesionar amucosa, além disso, é importante observar a avaliação de freios e bridas, avaliaçãoda oclusão, avaliação de estética e fonética, realizar testes de retenção, estabilidadee suporte e fazer uma boa instrução de higiene ao paciente, (BARBOSA et al., 2006).

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

Segundo Telles (2011), o sucesso de uma prótese a longo prazo será aferido pela integridade e saúde dos tecidos com os quais, esta, mantém um contato direto. Por conseguinte, tal sucesso depende principalmente dos cuidados de higienização e manutenção destas próteses. O paciente deverá ser orientado em como proceder para conseguir os melhores resultados possíveis dentro das suas limitações.

Quero ressaltar que, um dos principais episódios que me chamaram atenção neste caso, foi o quanto a fisionomia e aparência da paciente mudou com o uso da prótese total. Ao longo dos atendimentos, fizemos fotos avaliativas antes de concluirmos o caso. Nas imagens abaixo (Figura 51 e 52), são notórios os sinais de envelhecimento precoce, pois, os dentes são responsáveis pela manutenção do tônus muscular, volume dos lábios e da não aparição de linhas de expressões, principalmente dos sulcos ao lado do nariz – ‘’ famoso bigode chinês’’.

A perda precocemente dos dentes nos pacientes, ocasiona redução do volume dos lábios, projeção do queixo para frente e redução da altura da face – a distância entre o queixo e o nariz se torna menor –, devido a perda da dimensão vertical da oclusão, acarreta sobras de pele no queixo e na lateral do rosto, ocasionando o surgimento de rugas, pois, a bochecha se torna flácida e com aspecto caído, (AGUIAR et al., 2020).

Figura 51 – Foto do perfil da paciente sem a prótese total



Fonte: elaborada pela autora (2021).

Figura 52 – Foto frontal da paciente sem a prótese total



Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Figura 53 – Resultado final com a prótese acrilizada



Fonte: Elaborada pela autora (2022).

Finalizo este caso mostrando que de acordo com Telles (2011), a concepção narcisista da cultura atual faz com que as pessoas se preocupem muito com suas imagens. Nesta sociedade, o sorriso tem conotações significativas: anuncia bem-estar, alegria, segurança, satisfação, e, é influenciado pela aparência dos dentes.

A inibição do sorriso tem consequências, pois, destrói a postura desejável, diminui a autoestima, impede a demonstração da alegria, prejudica o convívio social, fazendo com que muitos pacientes que sofrem com perdas dentárias, desenvolvem casos de insegurança e depressão.

Por fim, sabemos que a reabilitação com próteses totais tem por função, restaurar a função mastigatória, fonética, e principalmente a autoestima perdida do paciente, que, foi o principal motivo que me fez sentir satisfeita ao concluir este caso.

3. AUTOAVALIAÇÃO

3.1. AUTOAVALIAÇÃO DO ALUNO EDIVAN MOREIRA MELO

Quando me matriculei no curso de Odontologia, recebi vários conselhos dos meus professores do ensino médio, me dizendo que escolhi uma profissão linda, que quando praticada com amor e vontade transforma a vida das pessoas. E realmente, o sorriso sempre tem seu destaque em tudo na nossa vida, quando expressamos alegria, quando vamos tirar uma foto, o sorriso está sempre lá. Mas além de esteticamente, a saúde oral em si é muito benéfica para todas as pessoas.

Então, pude ver que tinha escolhido a profissão certa, fazendo outras pessoas felizes, com um trabalho feito com amor, e devolvendo não apenas um sorriso bonito, mas também saúde e função.

Durante todo esse tempo na faculdade, pude perceber o quanto realmente as pessoas são gratas pelo serviço por nós prestado. Mas, foi no estágio no PSF que pude ver como um profissional, seja ele em qualquer área da saúde, é importante para a população. Quando vejo a gratificação de um paciente, que chega com certa desinformação sobre a higienização correta, e com isso, muitas vezes, uma situação oral, necessitando de muitos procedimentos, e ao final do tratamento esse mesmo paciente vem te agradecendo, por além de tratá-lo, você o ensinar a cuidar da higienização oral da forma correta para que não volte à situação que estava, é realmente muito gratificante e motivador pra continuarmos a sermos sempre o melhor no que fazemos.

Quando me formar, pretendo não deixar de buscar conhecimentos sobre a Odontologia, sempre estudando sobre avanço nas tecnologias e também na promoção de saúde. Mas, meu foco principal é na ortodontia, corrigindo problemas funcionais e estéticos, devolvendo não apenas um sorriso bonito, mas também construindo uma face harmônica.

3.2. AUTOAVALIAÇÃO DO ALUNO GUSTAVO APARECIDO TEIXEIRA

Vários são os desafios e as conquistas presentes em nossas vidas. Os caminhos pelo quais decidimos trilhar, muitas vezes, são longos e árduos. Nossas

escolhas, mesmo aquelas feitas com o coração, despertam-nos o medo e a insegurança.

Durante 5 anos, envolvi-me em um caminho cheio de obstáculos, sacrifícios, esforços e erros, como mencionado no TCC, o qual levarei como um gigantesco aprendizado, tanto para vida acadêmica, quanto para a vida profissional. Afinal, não há acertos sem erros. Entretanto, por mais intransponíveis que aparentavam ser tais barreiras, pude ultrapassá-las com coragem, força e dignidade, aprendendo, evoluindo e amadurecendo.

A odontologia ocupa uma função essencial na sociedade, uma vez que é responsável pela promoção e pela prevenção da saúde bucal de toda a população. Atualmente, existe uma grande busca por um padrão estético de qualidade, o qual inclui, acima de tudo, um sorriso harmônico. E nessa Odontologia que irei me aprofundar e será ela que buscarei a cada dia daqui em diante.

3.3. AUTOAVALIAÇÃO DA ALUNA JÉSSICA SILVA DIONÍSIO

Quando iniciei a graduação, tive diversas dificuldades durante as provas práticas e dificuldade de concentração, mas as experiências e aprendizados adquiridos durante a graduação foram transformadores. Tinha uma noção básica do que era Odontologia, mas não tinha o conhecimento de que a profissão iria muito além de devolver a estética de um dente, a Odontologia diagnóstica, previne e trata doenças através de um tratamento humanizado.

Foi gratificante, como ser humano, ter o contato com diversas crianças no Estágio de Bebê Clínica. Lidar diretamente com os pais, explicar a importância dos dentes decíduos. Passar um pouco do conhecimento adquirido ao longo desses anos me faz ter a certeza de que tudo valeu a pena. Acredito, que a Jéssica que deu início na graduação não é a mesma de hoje, a Jéssica de antes tinha diversos medos de não conseguir a realização de seu maior sonho, ser a primeira integrante da sua família materna a concluir um ensino superior, a Jéssica de hoje é mais determinada e busca todos os dias ser um ser humano melhor.

Saio dessa vivência maravilhosa, com a sensação de dever cumprido, pois, com os conhecimentos técnicos e vivências práticas, pude cuidar da saúde oral de pessoas de várias idades e evitar diferentes situações, e espero poder continuar contribuindo com minha profissão no bem-estar de cada paciente.

3.4. AUTOAVALIAÇÃO DA ALUNA KARLA SELVATI

Eu sempre falava que minha entrada no curso de Odontologia foi algo que surgiu na minha vida de forma aleatória, pois, nunca me imaginei sendo Cirurgiã-Dentista. Mas, ao longo desses 5 anos eu vejo que não foi algo aleatório, e sim, algo que estava escrito no meu destino e não pude me imaginar formando em um curso tão maravilhoso quanto a Odontologia, pois, iniciei o curso completamente insegura financeiramente, pois vindo de família simples, eu não tinha condições de arcar com a mensalidade e os valores dos materiais, porém, Deus é tão maravilhoso, que no decorrer do curso, tudo se encaixou, me descobri fazendo algo que me deixava cada vez mais apaixonada e tive uma mãe, tias e uma família inteira que me apoiou nos momentos de dificuldades, me dando todo suporte necessário para concluir esta jornada.

Durante esses 5 anos, vivi momentos únicos, passei por dificuldades que me fizeram amadurecer e me autoconhecer. Nos últimos períodos, optei por trabalhar, para não sobrecarregar apenas minha mãe, já que meu pai não foi tão presente quanto eu queria na minha vida, e não me ajudou como deveria na minha graduação.

Foram meses de trabalhos noturnos, em lanchonetes, hamburguerias, bares, eventos, muitas das vezes, quando me via naquela situação de noites mal dormidas, ambiente com pessoas grossas, pensava em desistir, mas sempre usei a força da minha mãe como motivação, pois, sei que para ela, não era fácil também ter que acordar às 04:00 horas da manhã de segunda à sábado para trabalhar e sustentar duas filhas na graduação. Portanto, o orgulho que ela tinha em falar que ia ter uma filha ‘’ Doutora’’ foi o que me fez continuar e chegar até aqui.

No período da graduação, de todas as experiências e estágios vividos, um me marcou fortemente, que foi no lar de idosos da minha cidade, Perdões, Minas Gerais, ali, me senti pela primeira vez, especial e útil na vida das pessoas, comecei a ver a vida de outra forma, além de me despertar ações mais humanas, dar mais valor à coisas simples e agradecer mais. Na área profissional, aprendi ter o cuidado com o ser humano como um todo, ouvir mais, dar atenção e sempre me colocar no lugar do próximo.

O caso clínico apresentado neste trabalho foi também de grande valia para a minha formação, primeiro, que nunca me imaginei fazendo um trabalho de reabilitação oral total no período de graduação, e, segundo, por ter sido uma forma de aprendizado tão grande, pois, devido ao período de pandemia tive a matéria de Prótese Total, por meio do sistema remoto. Aulas e práticas laboratoriais atrasadas e afetadas pela mesma, o que fez com que este caso fosse um desafio para mim, e de início, me fez

sentir que não estava preparada para concluí-lo.

Mas por fim, fui muito bem amparada por todos os mestres e colaboradores, principalmente nossa querida Profa. Dra. Renata de Carvalho Foureaux que foi meu alicerce, me ajudando do começo ao fim, tanto, que recordo perfeitamente de ela me dando a ideia de usar o caso como tema de trabalho de conclusão de curso. Porém, infelizmente como nem tudo são maravilhas, ao decorrer do tratamento tivemos períodos de desencontros com a paciente, o que me fez ver que, por mais que são todos que queremos ajudar, nem todos querem a nossa ajuda, tive que aprender a lidar com pacientes que tem comportamentos difíceis, aprender a ser maisfirme e não me deixar levar pela emoção.

Hoje, concluo essa etapa com um sentimento de satisfação e agradecimento, principalmente, a mim mesma, por não ter deixado dificuldades e coisas externas me afetarem, e me mantenho confiante de que fui bem preparada e adquiri conhecimentos necessários para exercer a minha profissão com êxito, os aprendizados que vou levar daqui, para a minha vida pessoal e profissional são valiosos para que eu tenha um futuro brilhante. Foram anos de muito aprendizados, que agregarão tanto na minha vida profissional quanto pessoal.

4. CONCLUSÃO

Há quase cinco anos, embarcamos em um sonho. Muitos tiveram a necessidade de recorrer a um emprego para arcar com o custo de uma graduação, outros, se viram no momento de se dar uma pausa. Mas, jamais desistir do que haviam escolhido para o seu futuro.

Durante essa linda jornada é inegável que dentre ela, houveram grandes frustações, medos, reclamações e choros. No entanto, foram momentos de extrema felicidade, gratidão, companheirismo e principalmente anos de muito aprendizado. Muitas vezes, um foi a força do outro e juntos aprendemos a conviver com as diferenças.

Neste portfólio, há apenas uma pequena parte do que vivenciamos durante toda essa grande trajetória acadêmica. Ser dentista é viver de sorrisos, é saber que muitas pessoas depositam a esperança de sorrir novamente toda em você e no seu trabalho. E a recompensa diária será sempre a gratidão dos pacientes.

Por este motivo, quem cursa odontologia tem a grande missão e dedicação de serem operadores de um grande serviço do bem-estar e autoestima de todos.

Temos um outro grande desafio pela frente, o sonho tão esperado, agora está se tornando realidade, todos os esforços feitos valeram cada segundo. Poder ajudar do rico ao pobre, da criança ao idoso, é ter a grande certeza que é o nosso trabalho, nos aquece o coração, e além da construção profissional, proporciona um crescimento pessoal único, nos fazendo querer sempre sermos cada vez melhores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Camila; GOUVÊA, Cresus Vinicius. **Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria**: Main techniques of behavior control in Pediatric Dentistry. Arquivos em Odontologia, SciELO, ano 2010, v. 45, n. 02, p. 1-6, 19 jul. 2010. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v46n2/a08v46n2.pdf. Acesso em: 11 maio 2022.

ALVARES, L. C.; TAVANO, O. **Curso de Radiologia em Odontologia**. 4.ed. São Paulo: Santos, 2002.

ALVES, Lucas Vinícius. **AVULSÃO DENTÁRIA**: REVISÃO DE LITERATURA. Orientador: Prof. Me. Victor Hugo Dechandt Brochado. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) - UEL, [S. l.], 2017. Disponível em: http://www.uel.br/graduacao/odontologia/portal/pages/arquivos/TCC2017/LUCAS%20VIN%C3%8DCIUS%20FRANCISCO%20ALVES.pdf. Acesso em: 4 maio 2022.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. **Guidelines for the Selection of Patients for Dental Radiographic Examinations** – 2004. Disponível em: Acesso em: 01 jun. 2006.

BAVARESCO, Taline; OSMARIN, Viviane Maria; PIRES, Ananda Ughini Bertoldo; MORAES, Vitor Monteiro; LUCENA, Amália de Fátima. Terapia a laser de baixa potência na cicatrização de feridas. **Rev enferm UFPE on line.** Recife, p. 216-226, 1 jan. 2019.

BIBLIOMED. Analgésicos. **Boa Saúde (Terra)**, 2008, disponível em: https://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/5391/-1/analgesicos.html.

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

CALIGARI, Roberto. Bacteremia: qual é o tempo médio necessário de antibioticoterapia? **Entre as formas mais graves de bacteremia estão as causadas por bacilos gram-negativos, em especial Escherichia Coli e Klebsiella-Aerobacter,** PedMed, 2 jan. 2019. Disponível em: https://pebmed.com.br/bacteremia-qual-e-o-tempo-medio-necessario-de-antibioticoterapia/.

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

CAPELLI, J. *et al*. **Avaliação de Interesse Clínico entre a Radiografia Panorâmica e o Conjunto Periapical Aplicado à Clínica Odontológica**. Revista do Instituto de Ciência da Saúde, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 59-68, jul./dez. 1991.

CAPELOZZA, A. L. A. **Manual técnico de Radiologia Odontológica**. AB editora, Goiânia, 168p. 2009.

CARVALHO, A. A. F. *et al*. **Estudo Radiográfico do Desenvolvimento da Dentição Permanente de Crianças Brasileiras com Idade Cronológica Variando entre 84 e 131 Meses**. Revista Odontológica UNESP, São Paulo. v.19, p.31-39. 1990.

Colombo LT, Duque C, Danelon M, O. L. S. V. A. H. (2019). **Abscesso dento-alveolar, da abordagem ao tratamento indicado**: relato de caso. ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, 7. Recuperado de https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/4151

DEUS NETA, T. Álvares de. PEREIRA, C. S.; SILVA, D. L. M.; OLIVEIRA, L. C.; ROCHA, A. M.; TEIXEIRA, D. N. R.; MACHADO, F. C. Atendimento odontológico à criança com Síndrome de Down: **Revisão da literatura**. **Research, Society and Development**, *[S. l.]*, v. 10, n. 14, p. e552101422602, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i14.22602. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22602. Acesso em: 27 maio. 2022.

DIAB, M. Primary Failure of Eruption of Primary Molars: **A Review and Case Report. Quintessence** Int., Berlin, v.32, no.1, p.55-60. 2001.

Envelhecimento da Face ocasionado pela Perda dos Dentes ou por Próteses gastas e sem adaptação. **Envelhecimento da Face ocasionado pela Perda dos Dentes**, Hope Odontologia, 18 fev. 2020. Disponível em: https://hopeodontologia.com.br/envelhecimento-da-face-ocasionado-pela-perda-dos-dentes-ou-por-proteses-gastas-e-sem-adaptacao/ .

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

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

GOMES, A.C.; SILVA, E.D.; BEZERRA, T.; PONTUAL, M.; VASCONCELOS, J. **Terceiros Molares**: o que fazer?. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Pernambuco, v.4, 2004.

HAAS, L. F. **Reconstrução panorâmica x Radiografia panorâmica: Revisão de literatura. 40f. Monografia** (Curso de Especialização em Radiologia Odontológica e Imaginologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Porto Alegre, RS, 2013. Disponível em: http://hdl.handle.net/10183/79937. Acesso em: 10 out. 2022.

HADDAD, Thaynara. **REVASCULARIZAÇÃO PULPAR: REVISÃO DE LITERATURA.** Orientador: Prof. Ms. Luís Otávio Oliveira. 2019. Monografia (Odontologia) - UNILAVRAS, [S. l.], 2019. Disponível em: http://dspace.unilavras.edu.br/bitstream/123456789/229/1/TCC%20Thaynara%20Haddad.pdf. Acesso em: 12 abr. 2022.

IMPARATO, José Carlos Pettorossi; REZENDE, Karla Mayra; HADDAD, Ana Estela; CIAMPONI, Ana Lidia; RAGGIO, Daniela Prócida; MENDES, Fausto Medeiros; BÔNECKER, Marcelo; WANDERLEY, Marcia Turolla; CÔRREA, Maria Salete Nahás Pires; BRAGA, Mariana Minatel. **Odontopediatria Clínica**: integrada e atual. 1º. ed. Nova Odessa: Napoleão, 2015.

JUSTINO, B. ARAUJO, G. **Revascularização pulpar em dentes necrosados e com rizogênese incompleta**, 2020.

KLINEBERG, Iven. **Oclusão Funcional em Odontologia Restauradora e Prótese Dentária**. [*S. l.*: *s. n.*], 2017.

MARCIANI, R. **Third molar removal:** an overview of indications, imaging, evaluation, and assessment of risk. National Center for Biotechnology Information, 2007.

Mileski, T., Felix, BB, Pini, NIP, Lima, FF, Mori, AA, & Sundfeld Neto, D. (2018). **CLAREAMENTO INTERNO EM DENTE TRAUMATIZADO**: RELATO DE CASO CLÍNICO. Revista Uningá , 55 (2), 24–32. Extraído de https://revista.uninga.br/uninga/article/view/205

Moretti, L. C. T., Silva, J. R. de A., Prado, R. M. do, Fernandes, K. G. C., Boer, N. C. P., Simonato, L. E., & Cruz, M. C. C. (2017). **Clareamento de dentes despolpados**: relato de um caso clínico. ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, 6(5). https://doi.org/10.21270/archi.v6i5.2053

MYERS, D. R. *et al*. **Radiation Exposure During Panoramic Radiography in Children. Oral Surg.** Oral Med. Oral Pathol., St. Louis, v. 46, no. 4, p. 588- 593. 1978.

NASCIMENTO, RAFAEL AUGUSTO; SANTANA, Ricardo. **REVASCULARIZAÇÃO ENDODÔNTICA**. Orientador: Profª. Drª. Renata Oliveira Samuel. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) - Uniube, Repositório Uniube, 2018. Disponível em: https://repositorio.uniube.br/bitstream/123456789/366/1/REVASCULARIZA%c3%87%c3%83O%20ENDOD%c3%94NTICA.pdf. Acesso em: 5 maio 2022.

NILSON EAF, ANDRADE RCS, BRITO DA, OLIVEIRA ML. **Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde**, Brasil, 2018. Rev Panam Salud Publica. 2020; 44:e32. https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32AGUIAR, Luiz *et al*.

OLIVEIRA, J. **Técnicas Cirúrgicas de Exodontia. Odonto Up**, 2011, disponível em: https://www.odontoup.com.br/tecnicas-cirurgicas/

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Anemia. 2004**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/69anemia.html#:~:text=BVS%20%2D%20Ministt%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20%2D%20Dicas%20em%20Sa%C3%BAde&text=Anemia%20%C3%A9%20definida%20pela%20Organiza%C3%A7%C3%A3o,for%20a%20causa%20dessa%20defici%C3%AAncia. Acesso em 23 mar.2022.

PINTO, Antônio Carlos Guedes. **Odontopediatria**. 9º. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 886 p.

POMPÉIA, Livia Eisler; LINSKY, Roberta Simoni; ORTOLANI, Crisitina Lúcia Feijó; JÚNIOR, Kurt Faltin. **A influência da anquiloglossia no crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático**. Rev Paul Pediatr. 2017;35(2):216-221, São Paulo, p. 216-221, 8 jun. 2017.

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

RABÊLO, H. T. de L. B. *et al*. **Anestésicos locais utilizados na Odontologia: uma revisão de literatura**. Arch Health Inbest, v. 8, n. 9, p. 540-548. 2019.
Relação entre Mineralização Dentária, Idade Cronológica, Idade Dentária e Idade Óssea - Método Radiográfico. Rev. Odontol. UNESP, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 111-119, 1998.

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

SANTIS, Gil Cunha**. Anemia: definição, epidemiologia, fisiopatologia, classificação e tratamento**. Anemia, Ribeirão Preto, p. a, 28 jun. 2019.

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

SILVA, L, F, P, FREIRE, N; C; SANTANA, R. S; MIASTO, J M. **Técnica de manejo comportamental não farmacológica na odontopediatria**. Rev. Odontol. Univ.Cid. São Paulo(Online); v 28 n 2 p.135-142, maio-ago-out,2016.

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

TOLEDO, Orlando Ayrton. **ODONTOPEDIATRIA**: Fundamentos para prática Clínica. 4º. ed. Rio de Janeiro: Premier, 2012. 432 p.

TOLEDO, T. *et al*. **Hidróxido de Cálcio e Iodofórmio no tratamento endodôntico de dentes com Rizogênese Incompleta.**

TOMMASI, Antonio Fernando. **Diagnóstico em Patologia Bucal**. [*S. l.*: *s. n.*], 2014.

TURANO, Jose Ceratti. **Fundamentos de Prótese Total, 10ª edição**. [*S. l.*]: Santos, 2019.

XAVIER, C. *et al*. **Avaliação das posições dos terceiros molares impactados de acordo com as classificações de Winter e Pell & Gregory em radiografias panorâmicas**. Rev. cir. traumatol. Buco-maxilo-fac. v. 10, n. 2. Camaragibe, 2010.