UNILAVRAS
Centro Universitário de Lavras
www.unilavras.edu.br

GABRIELA PEREIRA NAVES

JULIA LEIJOTO TEODORO

LAIS FELIZALLE PEREIRA

RODRIGO RODRIGUES FONSECA

PORTFÓLIO ACADÊMICO

LAVRAS-MG
2020

UNILAVRAS
Centro Universitário de Lavras
www.unilavras.edu.br

GABRIELA PEREIRA NAVES

JULIA LEIJOTO TEODORO

LAIS FELIZALLE PEREIRA

RODRIGO RODRIGUES FONSECA

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

PROFESSORA

Profª. Drª. Renata de Carvalho Foureaux

LAVRAS-MG
2020

UNILAVRAS
Centro Universitário de Lavras
www.unilavras.edu.br

GABRIELA PEREIRA NAVES

JULIA LEIJOTO TEODORO

LAIS FELIZALLE PEREIRA

RODRIGO RODRIGUES FONSECA

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

Aprovado em 10 de Setembro de 2020.

PROFESSORA

Prof.ª. Drª. Renata de Carvalho Foureaux

PROFESSORA

Prof.ª. Drª. Márcia de Fátima Soares

LAVRAS-MG
2020

Dedicamos este trabalho aos nossos pais e familiares que tornaram possível a realização do nosso sonho de cursar Odontologia.

A Deus que nos abençoou durante toda a trajetória sempre nos dando forças para seguir em frente.

Aos professores por toda ajuda e instrução.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por nos dar a oportunidade de cursar a Odontologia e estar presente em nossas vidas em todos os momentos, nos abençoando e dando sabedoria.

Agradecemos aos nossos pais e familiares por serem a base para que tudo pudesse acontecer, dando suporte psicológico e financeiro quando precisamos. A vitória é de vocês.

Aos nossos amigos que estiveram presentes nessa jornada deixando tudo mais leve e divertido.

Agradecemos ao corpo docente, direção, administração e funcionários do Centro Universitário de Lavras por nos instruírem da melhor forma e estarem sempre dispostos a nos ajudar quando foi preciso.

Agradecemos a professora orientadora Renata Foureaux, pelos ensinamentos, pela paciência e disposição para corrigir nossos erros e nos mostrar o melhor caminho para tornar este trabalho possível.

Por fim, agradecemos aos pacientes por confiar em nosso trabalho e colocar seus sonhos em nossas mãos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Sorriso da paciente 13
Figura 2: Radiografias periapicais. 15
Figura 3: Radiografia de estudo do elemento 41. 16
Figura 4: Desobturação do canal do elemento 41. 17
Figura 5: Lima Memória do elemento 41. 17
Figura 6: Radiografia da Pasta Callen do elemento 41. 18
Figura 7: Conometria do elemento 41. 19
Figura 8: Condensação lateral do elemento 41. 19
Figura 9: Radiografia final do elemento 41. 20
Figura 10: Radiografia de estudo do elemento 32. 22
Figura 11: Desobturação do canal do elemento 32. 22
Figura 12: Radiografia da Pasta Calen do elemento 32 23
Figura 13: Conometria do elemento 32. 23
Figura 14: Condensação lateral do elemento 32. 24
Figura 15: Presente dado pela paciente. 25
Figura 16: Atividade realizada em escola da zona rural de Lavras no ano de 2018. Crianças mostrando brinde que receberam do grupo de alunos que foram até a mesma. 31
Figura 17: Meu grupo reunido na escola, realizando o projeto com atividades lúdicas para as crianças (teatro de fantoches). 31
Figura 18: Projeto realizado pela faculdade Unilavras (Unilavras na praça) no ano de 2018, com o objetivo de demonstrar e executar a correta escovação nas crianças. 32
Figura 19: Situação inicial do paciente. 33
Figura 20: Radiografia panorâmica do paciente. 34
Figura 21: Situação inicial do paciente arco superior (pelo espelho). 36
Figura 22: Situação inicial do paciente arco inferior. 36
Figura 23: Situação ortodôntica inicial do paciente. A (anterior), B (lado direito) e C (lado esquerdo) 37
Figura 24: Restauração do elemento 11 fraturado. A (fratura do elemento), B (elemento restaurado). 39
Figura 25: Instalação do aparelho removível com batente anterior e prótese no elemento 21. A (vista anterior), B (palatino), C (lado direito), D (lado esquerdo). 40
Figura 26: Reunião de Planejamento do grupo. 42

Figura 27: Peça de teatro. 45
Figura 28: Instrução de higiene oral. 46
Figura 29: Técnicas de escovação. 48
Figura 30: Técnicas de escovação. 48
Figura 31: Confraternização no berçário. 51
Figura 32: Encontro com as crianças do berçário..... 52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Tabela relacionada ao planejamento do tratamento de Dentística. 24
Quadro 2: Cone de Aprendizagem por Edgar Dale. 47

LISTA DE ABREVIATURAS

CAD – Comprimento Aparente do Dente

CMEI – Centro Municipal de Educação Infantil no Brasil para crianças de 0 a 5 anos

CRD – Comprimento Real do Dente

CRT – Comprimento Real de Trabalho

CT – Comprimento de Trabalho

EDTA – Ácido Etilenodiamino Tetra-acético

EMEis – Escolas Municipais de Ensino Infantil

ENADE – Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes

ENDO – PTC – Produto à base de Peróxido de uréia, polissorbato 80 e polietilenoglicol

ETC – Entre Tantas Coisas

FO- UFPA – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará

PMCC – Paramonoclorofenol canforado

PSFs – Posto de Saúde Familiar

PUI – Atividade Ultrassônica Passiva

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11
2 DESENVOLVIMENTO 12
2.1 Apresentação do caso clínico de Endodontia: Gabriela Pereira Naves 12
2.1.1 Apresentação do local de estágio 12
2.1.2 Desenvolvimento do caso clínico 13
2.1.3 Apresentação do tratamento 13
2.2 Apresentação do caso de vivência: Júlia Leijôto Teodoro 25
2.2.1 Apresentação do local de estágio 25
2.2.2 Relato de caso 26
2.2.3 Desenvolvimento do caso de vivência 28
2.3 Desenvolvimento caso clínico de Odontopediatria: Lais Felizalle Pereira. 32
2.3.1 Apresentação do local do estágio 32
2.3.2 Desenvolvimento do caso clínico 33
2.4 Apresentação do caso de vivência: Rodrigo Rodrigues Fonseca 40
2.4.1 Apresentação do local do estágio 40
2.4.2 Apresentação do caso de vivência 41
2.4.3 Expectativas e primeiras impressões 43
2.4.4 Métodos e abordagens no ato da palestra sobre prevenção 44
2.4.5 Retorno por parte das crianças 50
2.4.6 Mensagens, aprendizados e considerações finais 52
3 AUTOAVALIAÇÃO 53
3.1 Autoavaliação: Gabriela Pereira Naves 53
3.2 Autoavaliação: Julia Leijoto Teodoro 53
3.3 Autoavaliação: Lais Felizalle Pereira 54
3.4 Autoavaliação: Rodrigo Rodrigues Fonseca 55
4 CONCLUSÃO 56
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA 57

1 INTRODUÇÃO

A Odontologia é uma ciência da área da saúde que é considerada por muitos uma arte. Arte essa, que é capaz de lidar com todas as faixas etárias desde bebês até idosos, ajudando-os a reestabelecer autoestima e qualidade de vida. No desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso, contamos com professores profissionais que nos forneceram todo tipo de informação e suporte do mais alto nível, além de nós alunos, que com toda dedicação e envolvimento que mergulhamos neste universo em busca de fazer jus a boa Odontologia brasileira. Apresentaremos aqui quatro casos de vivência clínica que aumentaram nosso amor por essa profissão.

A aluna Gabriela Pereira naves, optou por relatar o caso de uma paciente que atendeu na clínica integrada, uma mãe de família que tinha muita vergonha de sorrir, apresentando todo tratamento feito e o vínculo afetivo criado com a paciente.

A aluna Júlia Leijoto Teodoro, descreveu sua experiência em um período de estágio realizado em uma escola municipal de Lavras, Minas Gerais, a fim de relatar a rotina odontológica no período escolar dentro da instituição e sobre comportamento, prevenção e instrução da higiene bucal neste meio

A aluna Lais Felizalle Pereira apresentará um caso que a mesma atendeu durante uma urgência na clínica de Odontopediatria. A avulsão do elemento 21 era a causa da consulta, porém o que chamou mais a atenção da aluna foi o comportamento do paciente, a péssima condição bucal e sua história de vida. O desafio apresentado a ela foi tentar ajudar a recuperar a autoestima de uma criança de dez anos e sua higiene bucal, além de um extenso trabalho restaurador a ser realizado.

O aluno Rodrigo Rodrigues Fonseca, descreve ao longo de seu desenvolvimento um trabalho realizado com crianças de baixa renda em um CMEI localizado na cidade de Lavras, Minas Gerais, relatando a experiência de poder mudar um pouco dos conceitos e paradigmas sobre prevenção e higiene bucal.

Cada uma dessas histórias apresentadas em nosso portfólio foi importante para nosso crescimento profissional e acrescentaram muito conhecimento em nossa jornada.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Apresentação do caso clínico de Endodontia: Gabriela Pereira Naves

2.1.1 Apresentação do local de estágio

Meu nome é Gabriela Pereira Naves tenho 22 anos, nasci na cidade de São Sebastião do Paraíso porém pouco tempo depois meus pais se separaram e hoje moro com a minha mãe, meu irmão e meu padrasto em Itutinga. Desde criança sempre tive muito contato com a Odontologia, na família do meu pai são ao todo 6 pessoas, tios, tias e primos, formados, sempre ia aos consultórios com uma prima que era da minha idade, nós passávamos o dia brincando de ser secretária, ajudando a pegar os materiais, segurava o sugador. Brincávamos muito na casa da minha avó também, lá tinha uma poltrona reclinável que nós fingíamos que era a cadeira e usávamos uma colher para ser o espelho e usávamos o sugador que tínhamos ganhado depois de passar o dia na clínica, era maior diversão, nós passávamos horas e horas brincando de dentista e paciente.

Porém antes de formar no ensino médio ainda não sabia se era realmente isso que eu queria fazer, resolvi que ia formar e fazer um cursinho pra ter um pouco de tempo a mais para pensar e estudar um pouco mais, contudo como sempre foi o sonho do meu pai eu resolvi me inscrever no vestibular do Unilavras, sem esperar nada, confesso, porém acabou que eu passei e sem saber, no último dia de fazer a matrícula, uma moça me ligou do Unilavras perguntando se eu iria fazer a matrícula, e foi aí que começou que a melhor fase da minha vida.

Aos pouquinhos eu fui percebendo que o meu pai tinha razão e hoje eu sou imensamente feliz por ter feito essa escolha, no decorrer do curso fui encontrando inúmeras dificuldades, eu sempre falava essa frase ‘Eu sabia que ia ser difícil, mais não imaginei que era tanto’, e algumas paixões, como pela Endodontia e pela Dentística, que me fizeram perceber que eu estava fazendo a coisa certa, foi aí que um dia eu percebi que poderia ajudar a mãe de uma das pessoas mais importante da minha vida, a mãe da minha melhor amiga e que também é uma das meninas que moram comigo, todas as vezes que ela vinha fazer o tratamento fazia almoço pra gente, contava histórias, uma vez fui passar uns dias na casa dela, e percebi que ela sempre reclamava muito do sorriso, falava que tinha muita vergonha de sorrir e que o sonho dela era conseguir arrumar os dentes, porém não tinha condições pois o tratamento ficava muito caro, eu quase morria de tristeza por ouvir isso, sempre pedia pra eu conseguir um horário pra ela na clínica que ela viria da cidade dela toda semana para fazer o tratamento e assim foi feito.

2.1.2 Desenvolvimento do caso clínico

A partir daí começamos o tratamento todas as sextas às 13h, antes de tudo o sorriso da paciente (Figura 1) para poder fazer uma comparação final, em seguida comecei preenchendo as fichas clínicas e tirando as radiografias, foi tirada às quatorze periapicais e as quatro bite wings.

Figura 1: Sorriso da paciente



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

2.1.3 Apresentação do tratamento

O primeiro tratamento a ser realizado foi o periodontal, comecei preenchendo o periograma, que é uma ficha clínica que devemos preencher após a sondagem de cada sitio dental, sendo assim foi feita a sondagem das bolsas de cada dente, tem que dar menor do que três, e contei os locais de sangramento.

Segundo Carranza (2016), é fundamental compreender a patogênese periodontal para aperfeiçoar as estratégias de manejo dessa doença comum e complexa. O primeiro desafio é compreender exatamente o que significa o termo patogênese. Segundo o Merriam Webster's Collegiate Dictionary (2019), a palavra patogênese é definida como "a origem e o desenvolvimento de uma doença".

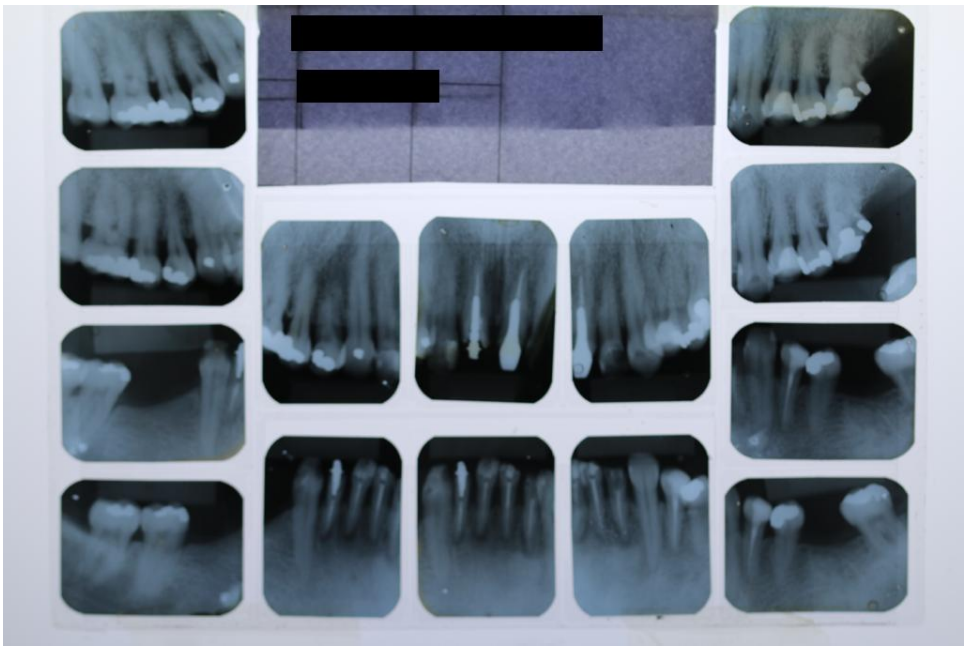
Basicamente, isso se refere aos processos passo a passo que levam ao desenvolvimento de uma doença e que resultam em uma série de mudanças na estrutura e na função do periodonto, nesse caso específico. Em termos gerais, a patogênese de uma doença é o mecanismo pelo qual um ou mais fatores causadores produz a doença. A palavra em si é derivada do grego pathos ("sofrimento") e genesis ("geração ou criação").

E assim obtivemos o diagnóstico que foi gengivite associada somente ao biofilme generalizada e periodontite estágio I grau A, de acordo com Carranza (2016), a gengivite foi previamente caracterizada pela presença de sinais clínicos de inflamação confinados à gengiva e aos dentes associados, não demonstrando nenhuma perda de inserção. Observou-se também que a gengivite afeta a gengiva dos dentes acometidos por periodontite e que perderam inserção, mas que receberam tratamento periodontal para estabilizar uma futura perda de fixação. Ainda segundo Carranza (2016), nestes casos tratados, a inflamação gengival induzida por placa pode recorrer, mas sem qualquer evidência de maior perda de inserção.

Antes de fazer a raspagem fiz a instrução de higiene oral, que se consiste em ensinar o paciente a escovar os dentes de um forma correta, usando a técnica de Bass, colocar a cabeça da escova, media ou macia, em um ângulo de 45 graus em contato com os dentes forçando as cerdas a entrarem levemente no sulco gengival fazendo movimentos de vai e vem, e ensinando a passar o fio dental, em seguida foi feita a coragem de todos os dentes com fucsina para determinarmos a porcentagem do biofilme, se estiver menos que 30% pode raspar, caso não esteja pedir para o paciente retornar na próxima semana e higienizar muito bem os dentes de forma correta para poder abaixar o valor, caso já esteja igual ou a baixo que os 30% já pode começar a raspagem, foi realizada a raspagem com as curetas e anestésico lidocaína com epinefrina, pois é o anestésico que causa menos reações adversas, e a técnica sub e supra gengival, devido o diagnóstico ter dado gengivite e periodontite de todos os HEMI arcos, após o final da raspagem a paciente retornou após quinze dias para fazer a reavaliação periodontal, que se consiste em fazer a sondagem de todas as bolsas novamente e contar os sítios de sangramento para ver se diminuiu, e após trinta dias do final da raspagem a paciente retornou novamente para fazer a manutenção, que se consiste em, raspar os locais que ainda apresentam bolsas maiores que três e ou sangramento.

Após o tratamento periodontal o próximo passo é o tratamento cirúrgico, porém a paciente não precisou realizá-lo pois não foi constatado nenhum problema cirúrgico, e então prosseguimos para o próximo passo, começamos o tratamento endodôntico. A paciente não relatava sinais de dor em nenhum elemento, porém após a realização das radiografias (Figura 2) foi constatada lesões periapicais nos elementos 42, 41, 31 e 32, os elementos 42 e 31 foram encaminhados para a especialização e os 41 e 32 eu fiz o retratamento.

Figura 2: Radiografias periapicais.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

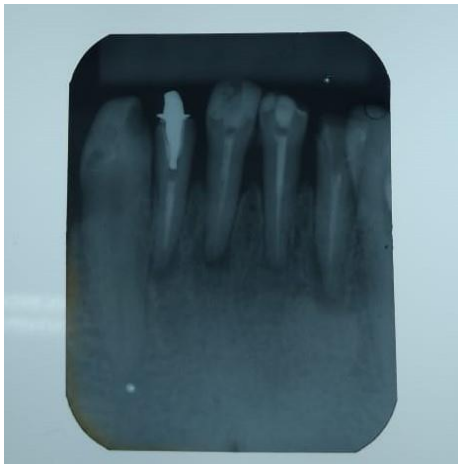
Conforme Lopes e Siqueira (2015), embora de valor inestimável na prática endodôntica, a radiografia não é absoluta. Ao contrário, existem conceitos que, por si só, limitam o seu valor. Assim, mesmo quando as imagens radiográficas não estimulam o retratamento, este pode reservar boas surpresas quando iniciado, pois as radiografias são sugestivas e nunca conclusivas. Por isso devemos tomar cuidado, pois não são só as lesões que indicam que um dente necessita de retratamento.

Ainda de acordo com Lopes e Siqueira (2015), o retratamento endodôntico tem como objetivo a remoção de todo o material obturador previamente existente e uma efetiva re-instrumentação das paredes dentinárias do canal radicular, para a obtenção de uma forma adequada (limpeza e modelagem) que favoreça a nova obturação.

Comecei com o elemento 41 e como nunca tinha feito nenhuma endodontia antes optei por fazer com as limas manuais. O primeiro passo foi tirar a radiografia de estudo (Figura 3) e em seguida fiz a abertura coronária triangular ovalada com base voltada para incisal com broca 1012HL e 3081 para dar a forma de contorno, em seguida foi realizado o isolamento absoluto com lençol de borracha e grampo, e assim comecei a desobturação do canal. Com uma pinça fui colocando gotas de eucaliptol e com o auxílio uma lima do tipo K com o diâmetro 40, e de uma hedstroem fui retirando a guta percha que estava dentro do canal, a medida que for entrando com a lima vai diminuindo o diâmetro delas, após ter retirado toda a guta percha fiz uma radiografia (Figura 4), foi realizada a re-instrumentação do canal,

comecei pela odontometria, em seguida achei a lima memória que foi a de diâmetro 30 tipo K, o próximo passo foi o escalonamento programado, que se consiste em usar duas limas a cima da lima memória, lembrando que toda troca de lima tem fazer a inundação, irrigação e sucção do canal com hipoclorito de sódio a 2%, em seguida foi colocado o EDTA, que tem a função de umidificar o canal e ajudar na remoção do smear layer, por 3 minutos, após esse tempo irriguei com Hipoclorito, coloquei a medicação intracanal, que nesse caso foi a pasta calen com PMCC devido a presença de lesões, fiz uma radiografia (Figura 4), selamento triplo com bolinha de algodão, coltosol e ionômero de vidro, deixei a pasta calen por 15 dias. Na próxima sessão após os 15 dias retirei a pasta calen com hipoclorito de sódio a 2% e comecei a obturação, segundo SOARES e GOLDBERG (2011), a obturação do canal efetuada em outra sessão, seguinte aquela em que se realizou o preparo mecânico, e depois que o canal preparado ficou submetido à ação do curativo de demora, é um procedimento que propicia um pós-operatório tranquilo, ou seja, sem dor e com menos risco de fratura.

Figura 3: Radiografia de estudo do elemento 41.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 4: Desobturação do canal do elemento 41.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 5: Lima Memória do elemento 41.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 6: Radiografia da Pasta Callen do elemento 41.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Para fazer a obturação comecei com a técnica anestésica infiltrativa usando a solução de lidocaína com epinefrina, isolei o dente novamente com lençol de borracha e o grampo, em seguida sequei bem o canal com cone de papel, calibrei o cone Odous de Deus, que são indicados para fazer a obturação de canais radiculares, de acordo com a lima memória, fiz a desinfecção dos cones (3min de hipoclorito + 20s de soro), testei o cone principal e fiz o raio x (Figura7), em uma placa de vidro preparei o sealapex, inseri o cone principal e secundários, sempre com o auxílio do espaçador tipo B, cortei os cones e fiz a condensação lateral e vertical e depois uma radiografia (Figura 8), limpei câmara com eucaliptol e fiz o selamento triplo com bolinha de algodão, coltosol e ionômero de vidro, retirei o isolamento absoluto e fiz a radiografia final (Figura 9).

Figura 7: Conometria do elemento 41.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 8: Condensação lateral do elemento 41.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 9: Radiografia final do elemento 41.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Enquanto a pasta calen estava agindo no elemento 41 eu comecei o tratamento no elemento 32, não precisou fazer a abertura pois o dente já estava aberto devido a uma fratura na coroa, comecei a montar a mesa clínica, fiz uma radiografia de estudo (Figura 10), isolamento absoluto com lençol de borracha e grampo, em seguida novamente com a pinça e o auxílio de uma lima K de diâmetro 40 fui desobturando o canal, no final da sessão fiz uma radiografia (Figura 11) e o selamento triplo com bolinha de algodão coltosol e ionômero de vidro, que tem como vantagens liberação de flúor, adesividade, biocompatibilidade e coeficiente de expansão térmica semelhante ao do dente, para continuar o tratamento do 41.

Ao final do tratamento do elemento 41 voltei para o elemento 32 e resolvi fazer com as limas rotatórias, a primeira parte é anestesiar, a técnica anestésica usada foi só a infiltrativa por causa do grampo, isolei novamente o dente com lençol de borracha e grampo, fiz a dicagem e fotoativei por 20s, em seguida fiz a inundação e sucção com hipoclorito a 2%, e comecei a exploração do canal lima 10 manual até o CAD (comprimento anatômico do dente) – 2mm, depois usei a Logic 25/5, uma lima rotatória usada para fazer um pré alargamento do canal radicular, no CAD – 5mm fazendo movimentos de pincelamento a 950 rpm 4N/cm, em seguida fiz a odontometria eletrônica e achei determinação do CRD (comprimento real do dente) e CT (comprimento de trabalho), que consiste em um aparelho que determina as medidas corretas do canal até o forame, o próximo passo é a patência com instrumento 25/01

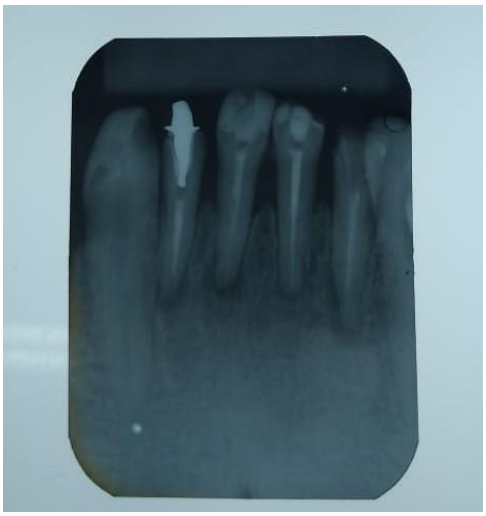
no CRD fazendo movimentos de bicada a 350 rpm 1,5 N/cm, e a última etapa da instrumentação é a formatação final com instrumento 25/05 CT 350 rpm 1,5 N/cm.

O próximo passo foi o PUI (atividade ultrassônica passiva) no CT (comprimento de trabalho) – 1 mm, que consiste em usar uma ponta de ultrassom específica para endo inundar o canal com solução de EDTA (ácido etilenodiamino tetra-acético) ligar o ultrassom em uma potência de 30%, deixar agir por 30 segundos, em seguida retirar o EDTA (ácido etilenodiamino tetra-acético) e inundar com solução de hipoclorito 2%, deixar por 30 segundos e tirar. A partir daí foi colocado a pasta calen com PMCC, que se consiste na junção do hidróxido de cálcio com paramonoclofenol formando uma pasta, foi escolhido esse material devido a presença de lesões, fiz uma radiografia (Figura 12) e deixei agir por 15 dias.

Toda troca de lima foi feita a inundação, irrigação e sucção, usei o Endo-PTC, que é uma pasta usada entre um instrumento e outro e ajuda a prevenir fratura e acidentes decorrentes das limas, possui também ação antibactericida e grande permeabilidade dentária, associado ao irrigante pois ele tem função antimicrobiana e lubrificante, e após cada lima rotatória passar lima manual n. 10 na patência. Em uma outra sessão a paciente retornou, foi retirada a pasta calen com a solução de hipoclorito 2% e então comecei a obturação do canal, primeiro sequei bem o canal com cone de papel, em seguida calibrei o cone Odous de acordo com a lima memória que foi a 25/05, fiz a desinfecção dos cones (3min de hipoclorito + 20s de soro), testei o cone principal e fiz o raio x (Figura 13), em uma placa de vidro preparei o sealapex, que foi usado pois possui alta biocompatibilidade e boa aderência as paredes, inseri o cone principal e secundários, sempre com o auxílio do espaçador tipo B, em seguida cortei os cones e fiz a condensação lateral e vertical e depois uma radiografia (Figura 14).

Na obturação com compactadores sempre usar 2 limas acima da memória no sentido horário (testar na gaze, se a gaze não grudar na lima está no sentido certo) por 10s, jamais parar a compactação com instrumento no canal, vai ser feita no CT (comprimento de trabalho) no sentido vai e vem com rotação de 8000RPM em baixa rotação, em seguida limpei a câmara pulpar com eucaliptol para retirei o resto de material obturador, fiz o isolamento triplo com bolinha de algodão, coltosol e ionômero de vidro, retirei o isolamento e fiz a radiografia final.

Figura 10: Radiografia de estudo do elemento 32.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 11: Desobturação do canal do elemento 32.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 12: Radiografia da Pasta Calen do elemento 32.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 13: Conometria do elemento 32.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 14: Condensação lateral do elemento 32.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Após todos os retratamentos feitos a próxima fase seria a Dentística, porém, como estávamos no final do período e a principal crítica da paciente era a estética, conversei com os meus professores e decidimos que seria melhor serem feitos quatro provisórios pois não iria dar tempo de terminar o tratamento. Com isso comecei a parte de prótese.

Quadro 1: Tabela relacionada ao planejamento do tratamento de Dentística.

Planejamento de Dentística:
• Restauração de resina composta classe II, elemento 14
• Restauração de resina composta classe IV, elemento 12
• Restauração de resina composta classe IV, elemento 22
• Restauração de resina composta classe II, elemento 26
• Restauração de resina composta classe V, elementos 35,34,33
• Restauração de resina composta classe I, elementos 43 e 47

Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Comecei preenchendo a ficha clínica de prótese e em seguida fiz a moldagem de estudo, fazemos essa moldagem para ter uma base de todo trabalho que será feito e ter uma noção de como ficará o resultado final, escolhi o tamanho da moldeira de acordo com o tamanho da boca da paciente, fiz a preparação da moldeira com cera periférica e usei alginato como material de moldagem, em uma próxima sessão fiz a moldagem funcional, novamente

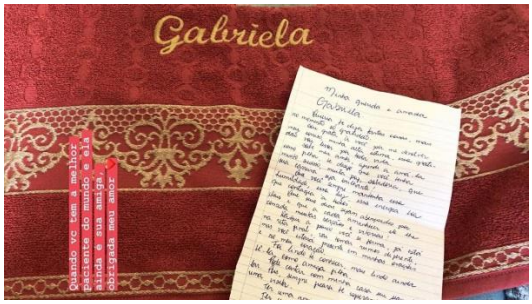
fiz a preparação da moldeira com a cera periférica e usei o silicone de adição como material de moldagem, usei a técnica de um passo só, que seria colocar o material denso e o fluido na moldeira e levar na boca da paciente, em seguida vazei o gesso.

Na terceira sessão fiz a montagem em articulador que tem como objetivo auxiliar no diagnóstico, análise oclusal e planejamento, tirando todas as medidas corretamente, mostrei para a professora e mandei para o laboratório confeccionar os provisórios. Na quarta sessão tive que conversar com os professores para ver se podia ir em um horário além do meu pois não dará tempo de fazer os preparos e instalar todos os provisórios e assim foi feito. Fiz os desgastes com a broca 2215, seguindo as devidas inclinações, a primeira é perpendicular ao longo eixo do dente e a segunda é com uma inclinação de 45 graus em relação ao longo eixo do dente.

Após todos os preparos instalei os provisórios com cimento definitivo, fosfato de zinco, que possui fácil manuseio e excelente presa, o que leva também a ser uma desvantagem, pois ele toma presa muito rápido dificultando na instalação das coroas. Como estávamos no último dia de clínica e a paciente só retornaria ao tratamento no próximo ano, optei pelo cimento definitivo.

Mesmo com o tratamento não terminado, ela chorou muito, disse que estava muito feliz e que graças a mim, agora não tinha mais vergonha de rir, me escreveu uma carta e me deu um presente.

Figura 15: Presente dado pela paciente.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

2.2 Apresentação do caso de vivência: Júlia Leijôto Teodoro

2.2.1 Apresentação do local de estágio

Meu nome é Julia Leijôto Teodoro, tenho vinte e quatro anos, nasci em Belo Horizonte MG porém sempre morei em Congonhas, município a setenta quilômetros da

capital. Cresci morando com meus pais até meus oito anos de idade, posteriormente, somente com minha mãe.

Nunca fui de me programar muito minhas coisas, de fazer planos e de ter certeza 100% do que quero e vou fazer. Deixo que o universo me mostre as infinitas possibilidades que existem e tento acompanhar o que quer me mostrar.

Quando precisei decidir qual área gostaria de seguir no âmbito profissional, o que mais me veio a mente foi que eu precisaria exercer algo no qual eu me sentisse diretamente útil à alguém. Gostaria de trabalhar com pessoas, fazendo coisas que às agregam e que influenciassem no seu bem mais precioso, a saúde.

Por influência de minha prima médica, tentei o vestibular para medicina por um ano e meio e fui aprovada em três universidades. Porém, na minha concepção, algumas coisas já estão determinadas em nossa vida; o universo me trouxe a possibilidade de cursar Odontologia e acabei encontrando nela, o que eu procurava na medicina.

O percurso durante a graduação foi de longe o mais difícil de minha vida, mas foi também a época em que mais amadureci e me espiritualizei. Contei com a ajuda de muitas pessoas, incluindo professores, coordenador, amigos e parentes, cada um surgindo em minha vida como refúgio ou como "salvador" para que eu pudesse permanecer na minha caminhada.

No começo desta graduação me voluntariei para acompanhar e ajudar no que fosse necessário, na assistência odontológica oferecida pela prefeitura municipal de Lavras, acompanhando a profissional concursada na escola Municipal Doutora Dâmina. Por este motivo me interessei a analisar mais de perto como funciona o serviço odontológico prestado às crianças do Brasil dentro das escolas.

2.2.2 Relato de caso

A medida em que analisamos a trajetória da saúde em nosso país, fica evidente que o acesso dos cidadãos ao sistema público de saúde, bem como sua universalização de suas ações, devem ser metas de todos os municípios.

A história da saúde no Brasil nos conduz a uma reflexão, muito apropriada e necessária para evitar a repetição de erros do passado.

Com base em toda a história de luta e transformações para o surgimento do SUS e considerando-o, portanto, como processo em construção, fica claro que, para a sua total consolidação é necessário que o país, através de cada unidade federativa, mostre coerência com os seus princípios.

Em relação á Odontologia, Pinto (2000), afirma que a lógica da descentralização é particularmente vantajosa pois a maioria esmagadora das ações de saúde bucal se refere a problemas de alta prevalência, cuja resolução exige tecnologias e conhecimentos de limitada complexidade, além de que toda a atenção básica pode ser equacionada e implementada no local sem perda de qualidade ou de eficácia e com maior eficiência.

Assim, a Odontologia marca sua representação como parte integrante e de grande importância no Plano Municipal de Saúde.

As ações na área odontológica necessitam de reorientação no sentido de obedecerem aos princípios do SUS de tal forma que a atenção básica seja priorizada e o acesso seja universal, igual e integral.

No Brasil, a prática odontológica predominante ainda concentra a maioria de suas ações no campo da assistência individual, isto é, na oferta de procedimentos cirúrgico-restauradores, com base em instrumentos da clínica odontológica. As poucas ações de promoção da saúde bucal são desenvolvidas quase que exclusivamente pelo Poder Público. Apesar da comprovada a eficácia e do baixo custo dos métodos preventivos quando desenvolvidos através de ações coletivas e programáticas, pouca ênfase tem sido dada, mesmo pelo Poder Público, à continuidade e extensão da cobertura dessas ações. Além disso, poucos programas com a necessária base epidemiológica vêm sendo desenvolvidos.

Até a década dos 70, a assim chamada "promoção da saúde bucal em escolas" restringia-se às ações com caráter de campanha, portanto esporádicas e descontínuas, que eram executadas na “semana dos bons dentes” ou algo parecido. Além disso, em sistemas de saúde melhor estruturados, procurava-se selecionar e adotar um método de prevenção, por exemplo: ou a fluoretação das águas de abastecimento público ou a realização de bochechos fluorados semanais. Com o avanço da cariologia e da epidemiologia, e sua aplicação em programas de saúde coletiva, foi desenvolvido o conceito de associação de métodos preventivos. Atualmente, em programas melhor estruturados, em que se utilizam técnicas de planejamento-avaliação permanente, considera-se mais adequado o uso da expressão “sistemas de prevenção em saúde bucal”.

Do ponto de vista sociocultural, não se pode desprezar a faixa etária, os costumes e a experiência histórica do grupo social local.

Quando fazemos referência à educação em saúde, e identificamos processos técnicos informais de troca e socialização de conhecimentos e práticas relativos a um problema de saúde pública. Isto inclui desde capacitações e treinamentos de curta duração dirigidos à

diferentes profissionais e trabalhadores, até atividades educativas com diferentes públicos-alvo.

Compreendendo a educação em saúde como exercício da cidadania e da democracia entre as pessoas, e como o processo cotidiano em que se gera a consciência da necessidade de tomar para si o processo de organização da vida individual e coletiva. Neste sentido, é preciso considerar que as ações educativas podem ser organizadas em função de necessidades individuais ou de necessidades coletivas.

Podem ser dirigidas à pessoas portadoras de alguma doença ou a pessoas sadias com a finalidade de manter a saúde. E ainda, podem ser organizadas em diferentes espaços sociais como, por exemplo, unidades básicas de saúde, hospitais, escolas, creches, empresas, associações comunitárias, etc.

Algo muito valioso é o exercício da Odontologia em ambientes em que crianças se sintam à vontade, visto que o tratamento para as mesmas geralmente é um processo mais trabalhoso e requer um manejo adequado para o sucesso do tratamento e aceitabilidade por parte da criança.

2.2.3 Desenvolvimento do caso de vivência

No município de Lavras, algumas escolas municipais como a Escola Municipal Doutora Dâmina, apresentam esse tipo de trabalho desde 1995 e atende alunos na faixa etária de 4 até 14 anos. Foram feitas algumas fotos durante as atividades na escola e fora dela.

Os cirurgiões dentistas que exercem este trabalho na escola são concursados pela prefeitura de Lavras e realizam o trabalho na carga horaria de 20 horas semanais. Os mesmos trabalham juntamente com auxiliares de saúde bucal.

Se tratando da escola em específico, observa-se um grande número de alunos que se sentem à vontade com os procedimentos realizados e com todo o ambiente que na maior parte dos casos, gera repulsa até mesmo em pessoas de faixa etária mais alta.

Isso acontece devido a observação das crianças, em relação aos colegas que também estão passando pelo mesmo, e também por já estarem inseridos no contexto de educação e higiene bucal na escola desde mais novos (como é o caso da maioria dos alunos).

Lá são realizados os procedimentos e atendimentos básicos, como no caso dos PSF's da cidade.

Pode-se observar que aos 05 anos de idade, através de atividades lúdicas, mostrar às crianças nas Escolas Municipais de Ensino lnfantil (EMEis) e nas Creches a importância dos

dentes, dos agentes necessários à saúde bucal (escova, fio e creme dental e dentista), bem como ensinar-lhes a técnica de escovação.

Já aos 12 anos de idade, é ensinado à adolescentes e pré-adolescentes nos espaços institucionais (Escolas Municipais e Estaduais de Educação Fundamental) sobre como ocorre o processo de cárie, de tal forma a tomá-los corresponsáveis pela sua estabilização e/ou prevenção.

Quanto a fluorterapia, levando-se em conta que a água do município de Lavras é fluoretada, os pacientes com baixa atividade de cárie devem sofrer aplicação tópica de flúor anualmente. Para o grupo de alta atividade sugere-se fazer aplicações seriadas: - 04 aplicações de gel fluorado em 04 semanas seguidas como "terapia de choque" seguidas por ---- tempo, 2 aplicações no mês seguinte e, 1 aplicação no 3° mês. Flexibilizações nesta frequência serão possíveis em função da reclassificação dentro do risco do indivíduo. As aplicações podem ser feitas através da escova dentária pela técnica transversal por 30 segundos cada hemi-arco, iniciando superior direito e continuando-se em sentido horário, perfazendo 2 minutos no total. Quem aplica o flúor é o Cirurgião dentista e jamais a criança.

Os grupos devem ter no máximo 6 crianças de cada vez para permitir total controle dos teores de flúor pelo profissional. Não se trata, portanto de escovação com flúor mas de sua aplicação profissional.

O atendimento odontológico tem sido descrito pela literatura como um contexto potencialmente estressante. Segundo Thom, Sartory e Johren (2000), o medo de dentista constitui uma queixa prevalente em grande parte da população mundial. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, 80% dos adultos relatam algum grau de apreensão quando expostos ao tratamento odontológico. Estatísticas semelhantes foram referidas para populações europeias e asiáticas, onde mais de 20% dos pacientes adultos apresentam alto grau de ansiedade e, pelo menos, 5% também evitam submeter-se a tratamento odontológico. Observa-se que este contexto estressante do tratamento odontológico atinge, em especial, a criança, que fica temporariamente exposta a uma situação diferente das experiências cotidianas, a qual envolve equipamentos e instrumentos que, dependendo da rotina odontológica em execução e da habilidade dos profissionais, podem provocar desconforto físico, como a dor, e desconforto psicológico, que inclui elementos de ansiedade e o medo (STOKES; KENNEDY, 1980, BERGE; VEERKAMP; HOOGSTRATEN, 1999).

Tal descrição parece justificar a frequência significativa de mais de 25% de crianças que apresentam, sistematicamente, comportamentos de não-colaboração com o tratamento odontopediátrico, especialmente padrões de fuga e esquiva, que dificultam ou impedem a

adequada atuação do cirurgião-dentista (POSSOBON; MORAES; COSTA JR.; AMBROZANO, 2003).

Assim, muitos profissionais enfrentam dificuldades para exercer controle sobre comportamentos que facilitem a execução do tratamento (AYER; CORAH, 1984, KUHN; ALLEN, 1994).

Berge et al. (1999), por exemplo, ressaltam que a utilização frequente, pelo cirurgião-dentista, de estratégias que envolvam coerção e negação dos sentimentos da criança exposta ao tratamento, não promove a aquisição de comportamentos colaborativos e ainda pode potencializar reações de medo.

Por outro lado, Weinstein (1986) já observou que a 4 adoção de estratégias relacionadas ao fornecimento prévio de informação, direcionamento de conduta e compreensão das reações emocionais das crianças facilitava a aquisição e manutenção de comportamentos colaborativos com o tratamento. O autor destacou ainda que profissionais treinados teriam condições de ajustar o tratamento odontológico ao nível de não-colaboração manifestado pela criança, fornecendo a quantidade de orientação e o suporte necessário para cada indivíduo enfrentar a sequência de tratamentos programada.

Estatísticas apontam que cada paciente que apresenta ansiedade, quando exposto à situação de consultório, onera o tempo de duração do tratamento odontológico em, pelo menos, 20% (THOM et al., 2000).

Em odontopediatria, Ingersoll (1982) já observava que as dificuldades e os riscos envolvidos no atendimento odontológico de crianças não colaboradoras ultrapassavam a esfera técnica da Odontologia e podiam ser tão evidentes que desencorajariam alguns clínicos de atendê-las.

A atuação profissional do odontopediatra durante o atendimento de crianças, especialmente daquelas que tendem a não colaborar com o tratamento, requer conhecimento específico para identificar e lidar com variáveis comportamentais, considerando as características de cada criança, as fases de desenvolvimento em que estas se encontram e as circunstâncias de cada rotina odontológica em vigor (COSTA JR.; COUTINHO, 2000).

Neste sentido, a Odontologia tem buscado recursos junto à psicologia a fim de definir um conjunto de estratégias para o manejo de comportamentos de pacientes que apresentam dificuldades em enfrentar um tratamento odontológico (KUHN; ALLEN, 1994). Entretanto, algumas crianças mostram-se refratárias ou mais resistentes a estas estratégias, de modo que não foi possível, até o momento, apontar estratégias comportamentais que fossem

absolutamente eficientes em controlar o comportamento de crianças expostas a procedimentos médicos e odontológicos invasivos (COSTA JR., 2001).

Figura 16: Atividade realizada em escola da zona rural de Lavras no ano de 2018. Crianças mostrando brinde que receberam do grupo de alunos que foram até a mesma.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 17: Meu grupo reunido na escola, realizando o projeto com atividades lúdicas para as crianças (teatro de fantoches).



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 18: Projeto realizado pela faculdade Unilavras (Unilavras na praça) no ano de 2018, com o objetivo de demonstrar e executar a correta escovação nas crianças.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

2.3 Desenvolvimento caso clínico de Odontopediatria: Lais Felizalle Pereira.

2.3.1 Apresentação do local do estágio

Meu nome é Laís Felizalle Pereira. Venho de uma cidade pequena, que se chama Baependi, conhecida como terra de Nhá Chica. É lá que mora minha família e meus amigos de infância, e onde tenho minhas melhores lembranças. Estudei minha vida toda em uma escola Franciscana, tenho orgulho por ter sido educada por pessoas tão boas e religiosas, embora eu não tenha seguido tanto o Catolicismo.

Desde criança eu fui muito grudada aos meus avós, inclusive ao vô Johnson que era dentista. Eu sempre estava em seu consultório, acompanhando os atendimentos e escutando suas incríveis histórias sobre a Odontologia. A principal influência para a minha decisão de profissão foi ele, que é meu maior exemplo. Decidi então que queria seguir esse caminho, sem pensar muito, e com 17 anos escolhi a Unilavras como a faculdade que eu iria cursar, pela nota no Enade que era bem alta e porque minha tia morava em Lavras, o que já facilitaria minha adaptação na cidade, além dela ser professora no curso de Direito da faculdade, sempre elogiando muito a Odontologia do Unilavras. Meus pais ficaram um pouco apreensivos, sem

saber se eu realmente iria gostar e querer seguir com a Odontologia, porém, a cada dia de aula, cada detalhe que eu aprendia, eu me apaixonava mais por essa profissão e posso dizer com certeza hoje que é o que eu quero para minha vida, ser dentista.

Esses anos de faculdade, além de abrir meus horizontes para novos conhecimentos, me proporcionaram conhecer pessoas incríveis, fiz amizades que com certeza vou levar comigo para sempre e professores que me ensinaram muitas coisas além de matéria. Cresci tanto profissionalmente quanto pessoalmente, e agradeço imensamente por isso.

2.3.2 Desenvolvimento do caso clínico

Em Outubro de 2019, em meu 8º período de Odontologia, eu estava escalada para atender qualquer caso de Urgência que aparecesse na Clínica Infantil do Unilavras e a situação com a qual me deparei naquele dia foi diferente e não tão simples como as de costume, que seriam exodontias de dentes decíduos, endodontias de urgência ou traumas causados em decíduos.

A recepcionista da clínica me informou que quem havia ligado para a recepção era o Conselho Tutelar de Santo Antônio do Amparo, pedindo para marcar uma consulta para um garoto de 10 anos de idade que estava sofrendo bullying na escola por ter avulsionado o elemento 21 (Figura 19) em uma queda de bicicleta, e, infelizmente, ele não tinha apoio familiar para ajudá-lo nessa questão, tanto financeiramente quanto psicologicamente.

Figura 19: Situação inicial do paciente.



Fonte: arquivo pessoal da autora.

> O traumatismo dentário apresenta-se como um problema de saúde pública comumente encontrado entre crianças e adolescentes, sendo que a avulsão dental

> compreende 16% desses traumas. Isso gera um elevado impacto psicossocial, com necessidade de tratamentos de alto custo, já que, aos gastos iniciais do atendimento emergencial, somam-se aqueles de controle pós-tratamento, que pode se estender por vários anos após o trauma. Entre as principais causas, podemos citar os acidentes automobilísticos, os esportes de contato e a violência urbana. (RODRIGUES et al., 2018, p. 242).

Então, acompanhado da avó, entrou um garoto tímido na clínica para ser atendido por mim. Na anamnese, algumas informações me comoveram. A avó relatou que ele morava com a mãe, porém a mesma não dava muito auxílio para ele em casa, por ter mais 2 filhos e ter engravidado dele muito jovem, com 14 anos, e por esses motivos, ele preferia ficar na casa da avó, que também disse não ter muito tempo para instruí-lo na escola e atividades diárias. Além disso, não sabia muitas informações a respeito dele, a cada pergunta que eu fazia, ela pensava muito para responder e muitas vezes a resposta era "não sei". Dessa forma, comecei a perceber que ali na minha frente não havia apenas um garoto tímido, mas também uma insegurança no olhar, falta de afeto e base familiar.

Em momento algum ele dava abertura para um diálogo, sempre respondendo às perguntas que eu fazia com "sim" e "não" e de semblante sério. A avó me contou que ele havia caído de bicicleta em agosto daquele ano e já chegou em casa sem o dente, chorando e com vergonha. Logo, ela o levou ao PSF do bairro para o dentista analisar e buscar uma solução para o caso. Porém, ele apenas realizou um pedido de radiografia (Figura 20) e disse ser algo mais delicado, que não poderia ser resolvido no PSF, apenas em clínicas particulares.

Figura 20: Radiografia panorâmica do paciente.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Dessa forma, o garoto continuou indo para a escola, fazendo suas atividades diárias sem esperança de resolver seu problema dentário, e com o passar do tempo, danos psicológicos foram causados ao menino através do bullying escolar.

> O bullying é um ato de violência e tem sido compreendido como prática sistemática, ou quando há violência física ou psicológica em atos de intimidação, humilhação ou discriminação. A palavra de origem inglesa bully (valentão, brigão) tem sido traduzida como assédio escolar, que descreve o comportamento agressivo entre estudantes. A configuração do bullying inclui atos agressivos, repetitivos e com assimetria de poder entre pares. A sua ocorrência pressupõe a convivência por um período prolongado. Estes eventos têm sido muito estudados nas escolas, embora possam ocorrer em qualquer outro espaço, como ambiente de trabalho, equipes esportivas, outros espaços na comunidade (MALTA et al, 2019, p. 1360).

> A violência entre pares no contexto escolar (bullying) tem sido considerada fator de risco ao desenvolvimento saudável, afetando a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo, físico e social de crianças e adolescentes. Trata-se de condutas agressivas com diferentes níveis e tipos de violência (física, verbal e/ou psicológica), intencional, repetitiva ao longo do tempo; sem motivação aparente, que ocorrem entre pares e em uma relação desigual de poder e força. Os envolvidos ocupam papéis de agressores, vítimas ou vítimas-agressoras. Entre os principais fatores de risco associados a literatura indica: baixa autoestima, depressão, ansiedade, estresse. (ALCANTARA et al., 2019, p. 510).

As crianças, ao perceberem a ausência do elemento dentário, começaram a rir, fazer piadas e excluí-lo de algumas atividades. Isso foi fazendo com que o menino ficasse cada vez mais quieto, sem vontade estudar, brincar com os colegas e falando apenas o necessário na sala de aula. A professora notou o comportamento estranho da criança e resolveu acionar o Conselho Tutelar para que pudesse ajudá-lo de alguma forma, e foi assim que eles entraram em contato conosco.

Na anamnese, as informações que recebi da responsável pelo paciente foi que ele não possuía nenhum problema de saúde, nunca tinha sido hospitalizado e nem sofrido nenhum tipo de cirurgia. Sem qualquer tipo de doença crônica ou auto imune, apenas teve resfriados durante sua vida e rinite alérgica. No exame extra oral, não foi diagnosticado e nem percebido lesões ou qualquer outra característica que foge da normalidade. Ao realizar o exame clínico intra bucal, com a ajuda da minha amiga e auxiliar Thaís Helena Tavares que abraçou essa causa comigo, percebi que a ausência do elemento 21 não era o único problema bucal do paciente.

Sua mucosa, língua e glândulas salivares apresentavam-se normais, sem alterações, porém, ele possuía várias cáries ativas e inativas, cicatriz de fístula, raízes residuais, uma má higiene bucal com presença de biofilme espesso e coroas fraturadas (Figuras 21 e 22). Além disso, ele apresentava sobremordida acentuada (Figura 23), que deveria ser corrigida quanto antes possível. Segundo Aguiar et al. (2018, p.16):

> A sobremordida pode causar danos à estética, desgastes dentários, alterações periodontais e alterações nas articulações temporomandibulares. Este tipo de má oclusão pode aparecer tanto em jovens quanto em adultos, em ambos, pode

> caracterizar-se pelo trespasse vertical acentuado entre os dentes anteriores, pela falta de desenvolvimento vertical dentoalveolar posterior e/ou pela deficiência esquelética anterior vertical. Para a correção da sobremordida profunda existem várias opções de tratamento que devem ser escolhidas de acordo com o diagnóstico e objetivo do tratamento. (AGUIAR et al., 2018, p. 16).

Figura 21: Situação inicial do paciente arco superior (pelo espelho).



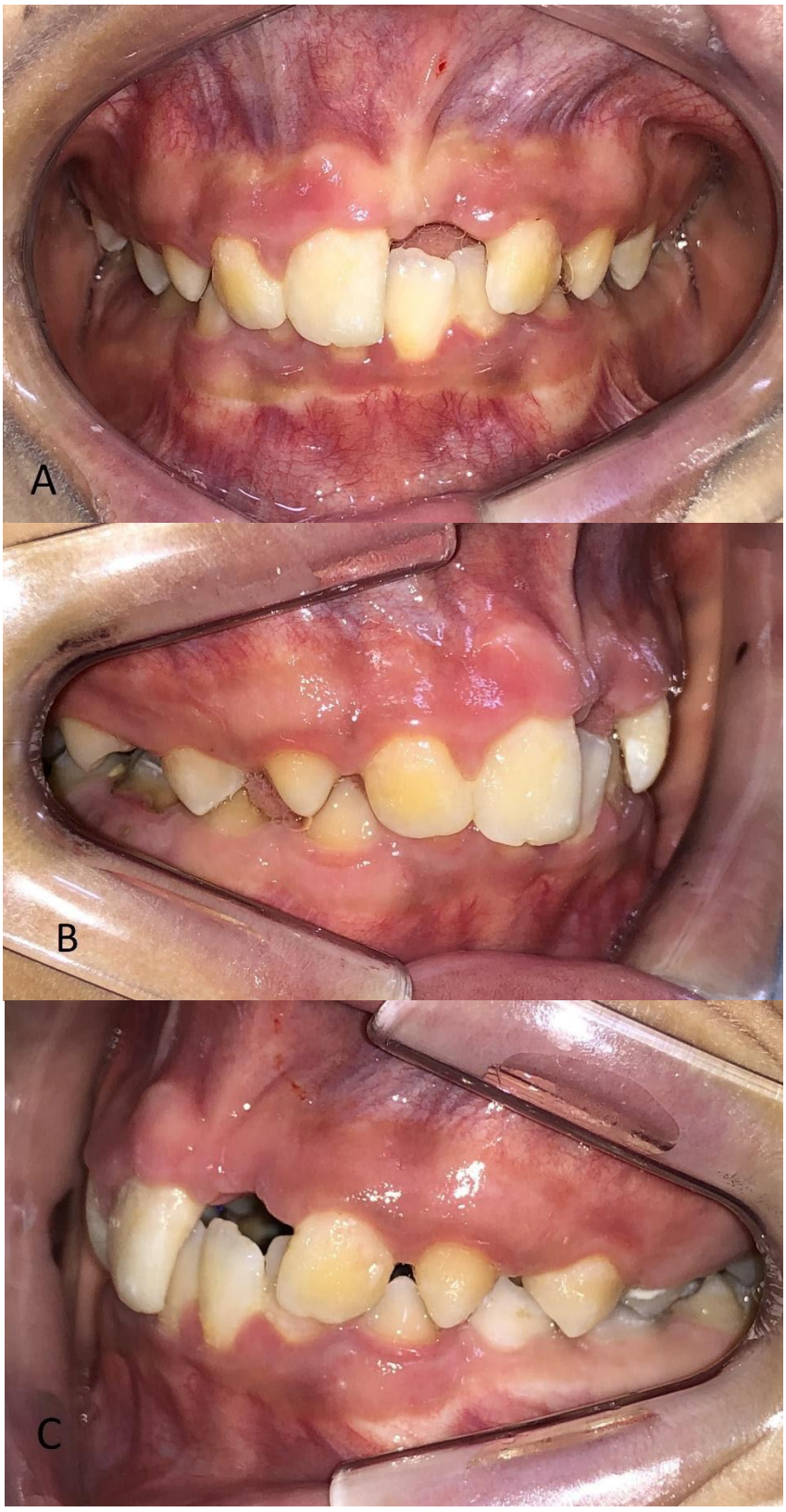
Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 22: Situação inicial do paciente arco inferior.



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Figura 23: Situação ortodôntica inicial do paciente. A (anterior), B (lado direito) e C (lado esquerdo).



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Com a ajuda do professor José Norberto de Oliveira Junior nós pensamos na possibilidade de confeccionar um aparelho ortodôntico removível com batente anterior para

corrigir a sobremordida, através da extrusão dos dentes posteriores, e uma prótese no lugar do elemento 21, aderida ao mesmo. Ou seja, além de ter função estética, também teria função ortodôntica. Como foi citado por Moro e Santos (2018, p.35) “a possibilidade de extrusão de dentes posteriores é antiga”, Moro também traz a afirmação de Hemley (1938) que descreveu o tratamento de alguns pacientes onde usou uma placa com batente anterior para possibilitar a extrusão de dentes posteriores.

Não é por demais comentar que Moro e Santos (2018 p.36), em sua pesquisa, trouxe as observações de diversos pesquisadores e clínicos, dentre eles, Silva e Capelli Junior (1990) que concluíram:

> [...] o aparelho mais comumente utilizado na correção da sobremordida exagerada é a placa de mordida. Seus principais efeitos são a intrusão dos incisivos inferiores; extrusão dos dentes posteriores; crescimento do osso alveolar na região posterior no sentido vertical e aumento do terço inferior da face. (MORO; SANTOS, 2018, p. 36).

Em nosso dia a dia na clínica da faculdade, podemos perceber que muitas vezes a condição financeira dos pacientes interfere em sua higiene bucal, como neste caso, tanto pela dificuldade de acesso à escovas e pastas de dente quanto ao escasso serviço público de saúde, como relata Carteri et al. (2019, p. 243):

> [...] condições socioeconômicas da família estão fortemente relacionadas à ocorrência da doença cárie: indivíduos em situação econômica desfavorável apresentam maior experiência de cárie. Tem sido demonstrado que menor renda pode ser um determinante ao acesso a serviços de saúde. Além disso, a literatura tem sido consistente em demonstrar a associação entre boa saúde bucal e variáveis como visitas ao dentista, conhecimento dos pais sobre saúde bucal e uso de fluoretos. (CARTERI et al., 2019, p. 243).

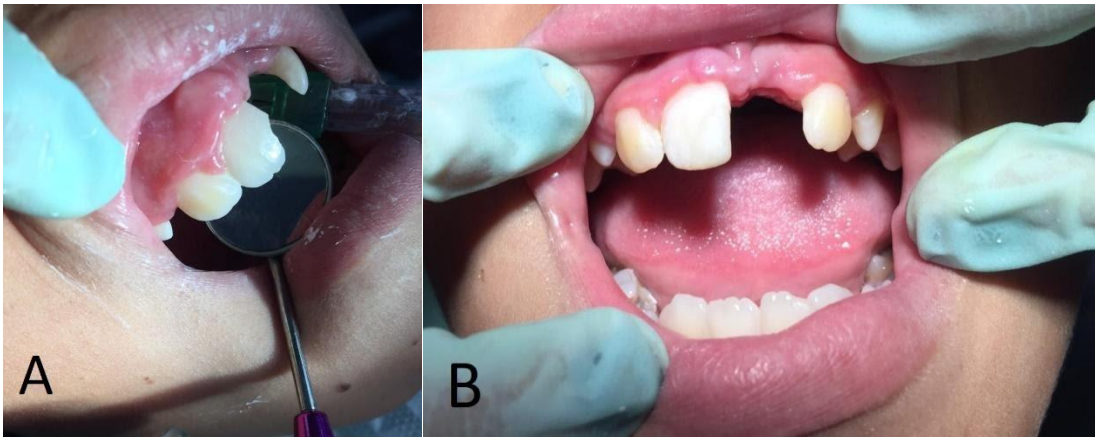
Com a situação bucal apresentada, a professora Ísis Maria Patto Carvalho me instruiu na realização de um plano de tratamento no qual eu atenderia as urgências primeiramente, que seriam a exodontia dos elementos 65, 55, 84 e 85 e uma escavação em massa classe I na vestibular do elemento 75. Posteriormente seria necessário realizar uma adequação do meio bucal com instrução de higiene oral e profilaxia e logo após realizar as restaurações necessárias nos elementos 16, 26, 74, 75, 36 e 46 para finalmente conseguir confeccionar uma prótese adequada. Todo o processo se fosse seguido nessa sequência, seria um sucesso. Porém, o tempo que nós tínhamos era curto, já que as férias de dezembro se aproximavam, e a Clínica do Unilavras se fecharia até fevereiro.

Na primeira consulta havia sido realizada a anamnese, a restauração do elemento 11 (Figura 24) que também havia fraturado na queda, tomada de radiografias interproximais, exame clínico e elaboração do plano de tratamento. Na segunda consulta, realizei a exodontia

do elemento 65 que apresentava destruição coronária. Após a cirurgia, a avó do paciente me perguntou quando seria confeccionada a prótese, porque ele estava muito ansioso e perguntava para ela todos os dias a respeito. Eu expliquei todo o plano de tratamento para ela, e disse que ainda não tínhamos uma data certa para realizá-la. Foi então, que ela suplicou para mim e para os professores Júnior e Ísis que não deixássemos seu neto sem o elemento dentário durante as férias, porque ele estava sofrendo muito e provavelmente não iria querer sair de casa até ter sua prótese pronta. Eu e meus professores discutimos o assunto e resolvemos adiantar a confecção da mesma, de uma forma provisória, para em fevereiro dar continuidade ao tratamento.

No mesmo dia eu moldei meu paciente com Alginato, arcada superior e inferior, levei ao laboratório e conversei com a protética explicando qual era o formato de Aparelho Ortodôntico Removível que havíamos pensado em confeccionar. Seria um com uma prótese dentária anterior do elemento 21 e batente anterior. Ela me atendeu prontamente, entendeu o que foi pedido e começou a confeccionar.

Figura 24: Restauração do elemento 11 fraturado. A (fratura do elemento), B (elemento restaurado).



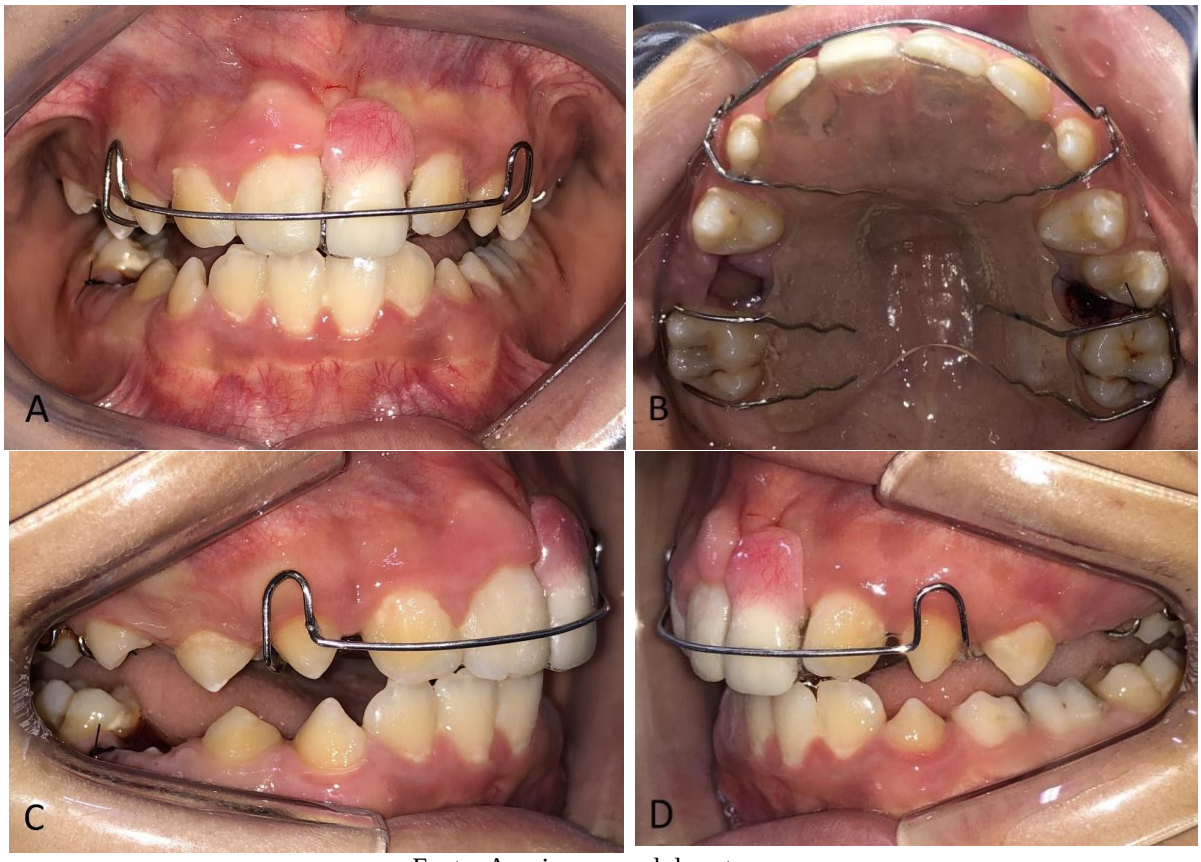
Fonte: Arquivo pessoal da autora.

> A perda dentária gera um reflexo negativo em algumas funcionalidades do corpo, como a mastigação, a digestão, a gustação, a fonética e aspectos estéticos. Sendo assim, a reabilitação com próteses dentárias tem um papel muito importante na qualidade de vida de indivíduos edêntulos parciais ou totais, devolvendo a função mastigatória, estética e fonética. Independente do tipo de prótese dental, a reabilitação oral influencia diretamente na vida social do paciente, pois na procura de um tratamento reabilitador os pacientes além de buscar uma reabilitação na capacidade funcional, almejam também uma reconstrução da sua imagem pessoal e social. (MEDEIROS; ALMEIDA, 2018, p. 09).

Na semana seguinte, meu paciente chegou cheio de esperanças, os olhos brilhavam e sua inquietude mostrava sua ansiedade. Fui ao laboratório buscar a prótese pronta e mostrei para ele, que imediatamente abriu um sorriso. Porém, antes de instalar o aparelho removível

(Figura 25), havia três urgências a serem realizados, que seriam a exodontia do elemento 85 que estava com a coroa fraturada, exposição da raiz e grande mobilidade e a exodontia das raízes residuais dos elementos 84 e 55. Ele concordou em fazer a cirurgia para só depois receber seu aparelho novo. Tudo correu bem durante a cirurgia e após a realização da mesma, fizemos a instalação e ajustamos a prótese para que se encaixasse perfeitamente. Ao ver seu neto tão feliz, a avó caiu em lágrimas na clínica e foi difícil conter minha emoção também. Finalmente, ele conseguiu o que tanto esperava todo esse tempo, poder voltar a sorrir sem medo de julgamentos. Foi acordado com a avó do paciente que assim que voltássemos às atividades na clínica eu entraria em contato com eles e daria continuidade ao tratamento.

Figura 25: Instalação do aparelho removível com batente anterior e prótese no elemento 21. A (vista anterior), B (palatino), C (lado direito), D (lado esquerdo).



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

2.4 Apresentação do caso de vivência: Rodrigo Rodrigues Fonseca

2.4.1 Apresentação do local do estágio

Meu nome é Rodrigo Rodrigues Fonseca, sou natural de Lavras, Minas Gerais e tenho 23 anos. Quando novo ainda, na fase da pré-adolescência, passei algumas fases conturbadas

que em virtude da minha falta de maturidade me fizeram com que eu me desestabilizasse, gerando falta de responsabilidade principalmente com os estudos. Na época de colégio eu nunca fui um bom aluno e muito menos dedicado, apenas levava a vida o suficiente para passar de ano. Devido a isso, quando me formei no ensino médio em 2014, eu não tinha o interesse de ingressar em nenhum curso, não me via com afinidade em nenhuma área, todavia, havia uma salvação devido meu pai ser um excelente Cirurgião Dentista, tradicional da sua cidade.

Esse foi o meu pontapé inicial na Odontologia. Porém, sempre tive muita fé em Deus, sempre acreditei muito no poder da oração e da fé, e mal sabia eu, que seria não só uma escola profissional, mas que seria uma escola que me ensinaria valores e virtudes como responsabilidade, ética, educação, empenho, relações interpessoais, capricho entre outras coisas maravilhosas. Logo nos primeiros anos me apaixonei com algumas áreas e percebi que estudar o que a gente gosta é fantástico, quando você quer e se vê naquilo que você está estudando a coisa flui com muita facilidade e todo conhecimento gerado aos poucos ao longo dos anos ninguém é capaz de tirar de você.

Hoje, perto da minha formatura, eu vejo que a Odontologia e as pessoas que sempre confiaram e me ajudaram, me transformaram em uma pessoa melhor, sinto muita felicidade e orgulho de mim mesmo por ter chegado até aqui com amor e êxito. Me imagino muitos anos nessa profissão que a cada vez me encanta mais. E se eu puder deixar uma mensagem para as pessoas que possam vir a ler meu depoimento, seria para que sempre acreditem na capacidade de vocês mesmos, sempre imaginem onde vocês querem chegar e sempre se permitam sonhar, isso torna tudo muito mais fácil.

2.4.2 Apresentação do caso de vivência

Em meados do sexto período, na disciplina de Promoção de Saúde II, recebemos o ‘’desafio’’ presente na grade curricular de ministrar uma palestra educacional voltada a prevenção e manutenção da saúde bucal em escolas do bairro Novo Horizonte em Lavras-MG.

> Nas últimas décadas, o Brasil vem passando por constantes mudanças no cenário socioeconômico e cultural. Atualmente há uma grande procura por creches e instituições de assistência ao pré escolar em tempo integral, reflexo da maior inserção da mulher no mercado de trabalho (SILVA et al., 2017).

Durante meu desenvolvimento neste portfólio, irei mais precisamente me referir a uma dessas escolas, o CMEI Arco-Íris, que é responsável por várias crianças pré escolares da região e se restringe a uma faixa etária que varia de 6 meses a 5 anos de idade.

A partir das informações passadas pela Professora Márcia De Fátima Soares, começamos as reuniões e os planejamentos sobre qual seria a abordagem e os métodos que seriam utilizados para que pudéssemos construir uma boa impressão para essas crianças, visto que muitas delas nunca haviam passado por um profissional da Odontologia ainda na vida, e em muitos os casos, a primeira impressão, seria a que ficaria eternamente nas memórias delas. Reunião de planejamento do grupo (Figura 26).

Figura 26: Reunião de Planejamento do grupo.



Fonte: Arquivo pessoal do autor.

> As práticas de Educação em Saúde são comprovadamente um método para alcançar o objetivo de prevenção das doenças bucais mais prevalentes (cárie dentária, doença periodontal, maloclusão) principalmente quando executadas precocemente, na primeira infância (BARBOSA et al., 2019).

Nesse contexto Venâncio et al. (2011) afirma que é importante ressaltar que a maior parte do desenvolvimento cerebral e a época em que a criança possui a maior capacidade de aprendizado é do nascimento ao sexto ano de vida. Concluindo assim a importância de

atividades de prevenção em pré-escolas, podendo levá-las a incorporar hábitos saudáveis precocemente.

Diante disso analisamos cada detalhe com muito capricho para que pudéssemos entreter todas as diferentes idades presentes ali, de forma positiva naquele local. Então preparamos materiais diferentes e uma apresentação de teatro com personagens que irei detalhar melhor mais adiante no portfólio.

2.4.3 Expectativas e primeiras impressões

Em relação às nossas expectativas, desde o momento em que recebemos o dever de desenvolver tal trabalho, sendo sincero não eram das melhores. Me recordo muito bem que, nós estávamos motivados a realizar um trabalho que pudesse ter um bom conceito, porém não acreditávamos que seria de grande valia tanto para a vida das crianças quanto para nossas vidas profissional, pessoal e/ou humana. Nós acreditávamos firmemente que seria só mais um período com a mesma tarefa de todos os anos e que não faria efeito de verdade na vida das pessoas, talvez por falta de experiência e maturidade.

Realizando uma pesquisa em relação a esse papel dos estudantes da graduação de Odontologia exercem pelo Brasil nas creches escolas da rede pública, encontramos um estudo realizado pela FO-UFPA (Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará) e os mesmos mostraram alguns excelentes resultados que nos confirmam que não só é realizado um efeito muito significativo na prevenção e manutenção da saúde bucal mas também no lado psicológico do medo das crianças em relação ao atendimento Odontológico.

Alguns dos resultados observados no projeto de Lisboa et al. (2018) foram que ao decorrer das atividades, ocorreu nas crianças o desenvolvimento do hábito de práticas de higiene bucal, com relevante diminuição da aversão das crianças em relação ao atendimento odontológico. Isso foi relatado também pelos pais e professores’’.

Outro estudo de Corrêa et al. (2019) Também nos mostra que é possível verificar que as atividades lúdicas voltadas para as crianças e as palestras para seus responsáveis promovem efeitos positivos sobre a saúde bucal das crianças. Isso também pode ser observado pelos estudos de (BUENO et al., 2012) e (SIQUEIRA et al., 2010).

Com relação a nossas primeiras impressões, logo quando chegamos ficamos surpresos com a organização, estrutura do CMEI, qualidade dos serviços e da atenção das cuidadoras para com as crianças.

Por que surpresos? Isso me levou a uma seguinte reflexão. Ficamos presos em uma bolha da nossa sociedade e o pouco contato que temos com as classes de baixa renda do país, muitas vezes é através da mídia que em sua grande maioria não são bons contatos, são notícias ruins, desemprego, fome, falta de infraestrutura, falta de saneamento básico etc. O que muitas vezes eu concordo sim que tem que ser mostrado para que essas pessoas possam levar o conhecimento de que precisam ser ajudados (as), porém, nos horários mais vendidos e de maior audiência da televisão não se mostra a cultura e as qualidades dessa classe de pessoas. O que acaba nos vendando da realidade.

Chegando lá, fomos super bem recebidos por todos que estavam ali, toda a equipe e inclusive as crianças se mostraram respeitosamente nos esperando, ansiosas para nos ouvir, o que acabou nos gerando até um pouco de nervosismo e ansiedade.

2.4.4 Métodos e abordagens no ato da palestra sobre prevenção

Segundo Anquilante et al (2003), ao se promover saúde nas escolas, incentivando as esperanças e as aptidões das crianças e adolescentes, o potencial de criar um mundo melhor torna-se ilimitado, uma vez que, se estão saudáveis, podem aproveitar ao máximo toda a oportunidade de aprender.

> A promoção de saúde supõe uma concepção que não restrinja a saúde apenas à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes, atingindo as condições de vida da população, a prestação de serviços clínico-assistenciais, considerando as ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a moradia, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, assim como o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Nossa metodologia de ensino e de conscientização para promover saúde se consistia de alguns materiais como: uma peça teatral contendo personagens que eram o dentista, a mãe, filha, o personagem representando o dente e os personagens representando os objetos de higiene oral como o fio dental, escova de dentes e dentifrício. Imagem representando o momento da peça de teatro (Figura 27).

Figura 27: Peça de teatro.



Fonte: Arquivo pessoal do autor.

No roteiro da história, resumidamente, a filha se apresentava com muita dor de dente, a partir disso, ela chamou até a mãe para que a levasse ao Cirurgião Dentista. Depois um exame clínico foi constatado pelo mesmo a presença de uma lesão cariosa que fora restaurada.

Posteriormente a isso o Cirurgião Dentista deu continuidade ao tratamento executando a técnica de instrução de higiene oral e de todos os materiais utilizados para a realização da mesma, com isso foi constatado erros de escovação, excesso no uso do dentifrício e também força excessiva e traumática por parte da menina com a escova.

Neste momento o Cirurgião Dentista apresentou para todos os alunos e colegas todas as técnicas corretas de escovação, com demonstrações através de um manequim macromodelo e também a escova que fora apresentada suas formas ideias como: cabeça reta e de médio a curto comprimento, cerdas macias e cabo também reto. Imagem representando o momento da instrução de higiene oral (Figura 28).

Figura 28: Instrução de higiene oral.



Fonte: Arquivo pessoal do autor.

E para que pudesse fixar melhor na cabeça das crianças foi realizado um treinamento que também possui o objetivo de coordenação motora, sendo assim, todas as crianças executaram as técnicas ensinadas no momento da apresentação.

O que vai de encontro com um clássico estudo de Dale (1969) que com seu “ Cone do aprendizado’’ nos mostra uma análise através da psicologia comportamental, que o processo de aprender, colocar em prática e simular uma experiência real é responsável por cerca de 90% de absorção desse conhecimento. Quadro ilustrativo com base nas pesquisas do educador Edgar Dale, que desenvolveu o cone de aprendizagem (Quadro 2).

Quadro 2: Cone de Aprendizagem por Edgar Dale.



Fonte: Dale (1969).

Crianças executando as técnicas de escovação (Figuras 29 e 30).

Figura 29: Técnicas de escovação.



Fonte: Arquivo pessoal do autor.

Figura 30: Técnicas de escovação.



Fonte: Arquivo pessoal do autor.

É sabido de acordo com um estudo de um dos maiores pesquisadores da área Grippo (1991) que a escovação traumática e principalmente associada a quantidades exageradas de

dentifrícios que como apresentam concentrações de abrasivos, quando friccionadas aos dentes de maneira traumática nos leva a uma série de problemas como abrasão, lesões cervicais não cariosas e recessões gengivais.

> Destacando entre elas principalmente a hipersensibilidade dentinária, que é caracterizada por uma resposta exacerbada aos estímulos sensoriais térmicos, químicos, osmóticos e táteis na região do dente onde há presença de dentina exposta, o que traz como resultado uma sintomatologia dolorosa de caráter agudo e de curta duração ao paciente diante ao estímulo (SOARES et al. 2018).

Diante disso desde já, decidimos salientar tal problema, uma vez que, desde novinhos as crianças já irem se conscientizando.

Foi alertado também as crianças e aos cuidadores a questão dos efeitos maléficos causados pela deglutição da pasta de dente que contém flúor. De acordo com Fejerskov et al. (1990) a fluorose dentária é uma alteração na mineralização dos dentes em formação devido à presença de flúor e está relacionada à ingestão crônica deste elemento, sendo sua severidade dependente da dose. A fluorose dentária clinicamente aceitável é caracterizada por pequenas estriações brancas e opacas na superfície do dente. Não torna o dente afetado nem mais nem menos suscetível à cárie. Sua maior relevância é no aspecto estético, quando ocorre em incisivos superiores permanentes.

Logo depois do fim do teatro, fizemos algumas atividades recreativas através de um material que nós confeccionamos composto por um jogo onde as crianças deveriam colorir os materiais de higienização e depois eles contavam para os colegas para que servia cada um deles, o que fixava ainda mais o aprendizado e também interagia de forma didática as crianças. Foi realizado também uma música escrita pelos integrantes do grupo onde nós ensinamos todos a cantar.

Após isso, nós desenvolvemos uma forma de carta para que fizéssemos as instruções para os pais e responsáveis da forma correta que deveria ser a escova de dentes e solicitamos que todos enviassem as mesmas para as crianças escovarem no CMEI, visto que, eles se alimentavam de duas refeições por dia, durante a tarde.

E o interessante é que as cuidadoras nos contaram que já estavam pensando em fazer tal pedido devido os pais não enviarem muitas das vezes as escovas das crianças.

Um ponto importante que levantamos no dia foi que, mesmo a grande maioria do público não ter a informação correta em relação a técnica correta de higienização, todos ou a grande maioria, tem a consciência da importância que a limpeza dos dentes tem, mas a grande maioria não sabe ou esquece da parte que diz respeito a questão nutricional envolvida também nas doenças que acometem os tecidos dentais e gengivais. Diante disso fizemos instruções em

relação a dieta cariogênica e alguns alimentos que deveriam ter uma atenção maior, entretanto, mesmo assim julgamos que não seja o bastante e solicitamos aos superiores administrativos do local que fosse realizado um trabalho também com profissionais nutricionistas.

Realizando uma pesquisa para elaboração deste portfólio, encontrei estudos que afirmam nosso levantamento, como o estudo de Antunes et al. (2018) que foi realizado em pré escolas nos mostra que as crianças reconhecem um pouco sobre a saúde bucal em relação a escovação e fio dental, porém não reconhecem em relação a dietas e a parte nutricional em si, nos mostrando a importância de um acompanhamento nutricional além.

Estudos da Academia Americana de Odontopediatria, nos mostram também a capacidade de interdisciplina entra as áreas da saúde uma vez que uma acaba dependendo da outra, um trabalho bem feito de prevenção do cirurgião dentista e uma cavidade bucal livre de doenças permite uma qualidade melhor de alimentação saudável, não restringindo a capacidade de se alimentar de nenhum tipo de alimento, seja duro, gelado, quente etc.

‘’A presença de dor, infecção ou disfunção no sistema estomatognático podem restringir o consumo de uma dieta adequada às necessidades energéticas, afetando o crescimento da criança, bem como o aprendizado, a comunicação e a recreação’’ (American Academy of Pediatric Dentistry1, 1996-1996).

2.4.5 Retorno por parte das crianças

Como relatado no início, não esperávamos e nem tínhamos noção do sucesso que seria a causa que nós abraçamos com muita força de vontade. Após o fim de todas as atividades, fomos surpreendidos com um carinho muito grande por parte de todos que estavam presentes no local. Alguns funcionários vieram ao nosso encontro pedindo por instruções de higienização, ou para elas, ou para parentes e próximos também, todas as crianças estavam demonstrando uma gratidão muito grade por estarmos ali, todos querendo nos abraçar.

Depois, fomos convidados a irmos tomar um café e conhecer todo a estrutura do CMEI, fomos apresentados ao berçário, ao parquinho, cozinha e as atividades que eram desenvolvidas. Imagem representando a confraternização e a alegria de todos (Figura 31).

Figura 31: Confraternização no berçário.



Fonte: Arquivo pessoal do autor.

Ficamos todos muitos felizes com o resultado e com a alegria das crianças, saímos de lá e fomos embora para casa com a sensação de dever cumprido.

Depois de alguns dias tivemos um retorno muito bacana da diretora do local, nos disseram que as mães das crianças estavam mais conscientes com os materiais para higiene oral, devido a carta que enviamos. As cuidadoras também relataram do comprometimento das crianças na hora da higiene oral.

Chegamos a conclusão que a atenção na promoção de saúde, principalmente em primeira idade, pode gerar uma mudança de hábitos saudáveis permanentes, tanto dos indivíduos em si quanto dos que estão próximos como familiares e amigos.

> Ressalta-se a incorporação de hábitos de higiene bucal à rotina da creche e o auxílio dos professores como multiplicadores de conhecimento ao longo da atuação do projeto, corroborando com resultados encontrados em outros projetos em que os professores participam das atividades de saúde bucal (SANTOS et al. 2012).

2.4.6 Mensagens, aprendizados e considerações finais

Após todas as atividades e todo o retorno que tivemos em função da nossa “simples” palestra focada na prevenção e nos cuidados de saúde bucal, podemos enxergar a diferença que, der repente, um ato que muitas vezes não nos mostra um pode tão grande de atingir as pessoas, na verdade é de uma valia gigante.

A sensação de poder participar de maneira útil na vida de pessoas, principalmente essas pessoas que muitas vezes não possui informação e principalmente de qualidade, é inenarrável.

Aprendemos muitas coisas que farão toda a diferença em nossas vidas tanto profissional quando pessoal, aprendemos a importância e o poder da atenção básica e da prevenção, tenho certeza que mudamos ao menos a vida de um indivíduo que ali estava.

Aprendemos a respeitar e a entender as diferenças, pudemos sair um pouco da nossa zona de conforto e perceber como simples atos podem nos fazer encontrar profissionalmente. Encontro com as crianças do berçário (Figura 32).

Figura 32: Encontro com as crianças do berçário.



Fonte: Arquivo pessoal do autor.

E aprendemos principalmente, sobre como é bom e como vale a pena investir nossos tempos em trabalhos para ajudar o próximo, com verdadeiras intenções, isso faz toda a diferença.

3 AUTOAVALIAÇÃO

3.1 Autoavaliação: Gabriela Pereira Naves

Após esses 5 anos, sim são 5 anos pois no 3 período eu repeti de ano, depois de muito choro, desesperos, correria, risadas, festas, amizades novas, pude reparar o quanto eu cresci, e hoje definitivamente eu falo que não sou mais a mesma pessoa de antes, pude reparar o quanto eu cresci e me tornei uma pessoa muito mais responsável. Aprendi a ouvir mais as pessoas, a reparar nos detalhes, ter mais paciência e ser mais organizada e isso tudo por causa da odontologia. Tive excelentes professores que me ensinaram que cada paciente é único, que a Odontologia não é só dente e sim o corpo todo, envolve doenças sistêmicas, físicas e principalmente psicológica, pois vamos lidar com diversos tipos de pessoas personalidades.

Hoje a poucos meses da tão sonhada formatura pra muitos, eu tenho certeza absoluta que escolhi o caminho certo e que eu amo o que eu faço, tanto que eu ainda não queria formar, e é ai que todos assustam, mais é verdade, eu falo que se eu pudesse queria continuar atendendo na clínica do Unilavras e morando em Lavras, que hoje se tornou o lugar que eu amo estar, queria poder continuar aprendendo com os professores, dando risadas e até mesmo levando xingos, pois foi a partir daí que hoje eu cheguei onde estou, mas infelizmente as coisas não são como a gente quer sempre.

E foi a partir desse caso que relatei acima, vendo a evolução do caso e a alegria da paciente, ao ver que de pouquinho em pouquinho o sonho de sorrir de novo ainda existia, que eu tive certeza que estava no lugar certo, que eu posso ajudar muitas outras pessoas como ela. E com o fim desse caso, foi o fim também da tão temida Clínica Integrada que já fez a mim e muitas pessoas passarem por um sufoco tremendo e é assim que eu encerro, com muita gratidão pelas pessoas que eu conheci, MUITO amor pela minha paciente e pelo meu caso clínico, e com alívio gigante por ter conseguido passar por todas clinicas integradas.

3.2 Autoavaliação: Julia Leijoto Teodoro

Sempre vi a odontologia como uma profissão admirável. Quando pequena também tinha uma relação muito boa com minha dentista, e costumava até brincar como se já fosse também. Me vestia de branco, colocava as luvas que a mesma me dava e me divertia com minhas bonecas.

Com o passar dos anos, a maturidade foi chegando e com ela uma imensa vontade de ser útil à alguém, a fazer a diferença na vida das pessoas através do meu trabalho.

A princípio pensei em cursar medicina, pois o que buscava se encaixava perfeitamente nessa profissão; e apesar de ter feito dois anos de cursinho e ter sim passado no vestibular deste curso, costumo dizer que certas coisas em nossa vida já estão escritas. Até cheguei a me perguntar algumas vezes se estava no caminho certo, qual diferença faria se eu estivesse cursando outro curso, e cheguei novamente à conclusão: está tudo certo. Tudo estava e está como sempre deveria ser.

O aprendizado durante essa caminhada é inenarrável. Hoje me vejo mulher, já me vejo como profissional e percebo o quanto me tornei uma buscadora nesse período. A faculdade de Odontologia me fez refletir sobre várias questões... entre elas, sobre o quão extraordinário é interceder pela saúde de alguém, o quão belo é transformar a autoestima das pessoas, o quão humano é necessário ser para tratar outro ser humano. O poder da empatia, o poder do sorriso, o poder de fazer a diferença.

Após a conclusão do curso tenho plena certeza de que virão desafios ainda maiores e outros aprendizados. Pretendo atuar na área de diversas formas, incluindo fazer filantropia e cumprir uma missão que sinto ser da minha alma.

3.3 Autoavaliação: Lais Felizalle Pereira

Nesse momento, analisando meus 4 anos de faculdade que se passaram, consigo perceber meu crescimento profissional e principalmente pessoal. Digo isso, pois quando entrei na faculdade, meu olhar para a Odontologia era restaurador e estético. Eu analisava problemas bucais e procurava soluções, e o que eu mais aprendi todo esse tempo é que eu estava completamente errada. Nossos professores nos ensinaram a realizar a prevenção, a promoção de saúde, a mudança de hábitos na vida das pessoas, e não apenas a restauração. Foi na Unilavras que eu passei a enxergar cada paciente com compaixão, tentando analisar que um problema dentário não era apenas o que eu estava enxergando, que por trás dele vinha a auto estima que estava baixa, vinham problemas financeiros, uma família desestruturada, a procura por mudança de hábitos e soluções para a dor, para a estética e poder sorrir com prazer.

Esse caso em específico, foi o que mais me comoveu e ao mesmo tempo que me deu prazer de realizar. Confeccionando a prótese para um garoto de 10 anos, eu consegui devolver a ele aquilo que ele havia perdido, a vontade de sorrir, de ir para a escola, de brincar com os amigos e a auto estima que nessa idade já é algo muito importante. Algo tão simples de fazer para nós e de tamanha importância para o paciente. Com certeza, se todos os dentistas vissem

seus pacientes de forma ampla, além do que se vê na cadeira do consultório, os procedimentos seriam mais prazerosos e os resultados mais eficientes.

Desde que ingressei na faculdade, meus dias passaram mais rápidos, a vontade de chegar o fim de semana e poder ir para minha cidade ficar com a minha família era gigante e o medo de cada período que estava por vir só aumentava. Porém, toda essa experiência foi muito importante para minha maturidade, aprender a viver sozinha, morando com pessoas que eu não conhecia, fazer amizades, me tornar cada dia mais independente e poder provar para meus pais que os ensinamentos deles me tornaram quem eu sou hoje, me dá a sensação de dever cumprido.

Impossível eu não citar nesse momento as pessoas que apareceram no meu caminho durante essa jornada. As amizades que eu fiz em Lavras, que muitas vezes fizeram o papel de família, me ajudando quando necessário, me dando colo para chorar ou até mesmo cuidar de mim quando eu estava doente. Os professores que com tanta dedicação nos ensinaram o necessário e muitas vezes além disso, para que nós tivéssemos sucesso nos tratamentos. E também minha família, que não mediu esforços para me dar todo o suporte necessário, tanto psicológico quanto financeiro. Nós não somos ninguém sozinhos, toda a minha base para estar onde eu estou hoje vem de pessoas maravilhosas ao meu redor.

3.4 Autoavaliação: Rodrigo Rodrigues Fonseca

A vida é um montante das nossas escolhas, e uma das escolhas que mais fizeram parte desse montante, foi a escolha de me tornar Cirurgião Dentista, evoluímos muito como seres humanos, quando digo “nós”, me refiro a eu e todas as pessoas que sempre estiveram do meu lado, que com certeza fazem parte de todas as minhas conquistas.

Através do poder da imaginação, hoje estou aqui, finalizando minha graduação, finalizando um dos primeiros objetivos mais importantes da minha vida, isso serve de combustível para todos os próximos que virão.

Agradeço sempre a Deus por todas as oportunidades, e uma delas foi às brilhantes amizades que conquistei ao longo dessa trajetória, outras delas se deve às minhas experiencias vivenciadas na Odontologia, tal área da saúde muito rica em detalhes que fazem que a vida de um indivíduo se transforme para melhor, que nos gera uma gratidão infinita de bençãos.

A partir de agora, continuo trilhando o meu caminho para o sucesso, com garra, fé, ética, respeito, e principalmente amor.

4 CONCLUSÃO

Após esses cinco anos de vivências clínicas podemos dizer que somos profissionais capacitados para exercer com amor e dedicação essa profissão tão linda que é a Odontologia. Nos tornamos também pessoas com mais compaixão e vontade de ajudar o próximo, pois foi aqui no Unilavras que encaramos situações que mudaram nossa visão à respeito da higiene bucal, vendo que a maioria das pessoas não tem acesso aos materiais básicos como escova de dentes, fio dental e pasta de dente.

É importante enfatizar a grande necessidade de uma mudança de hábitos e do alcance de informações a uma maior parte da população, pois como podem perceber, os quatro casos relatados aqui neste trabalho se referiram a situações onde faltou uma conscientização sobre saúde bucal.

Concluímos que a Odontologia possui vertentes passíveis de serem bastante exploradas, e que assim como em diversas outras áreas, obtém-se nela constantes avanços. Avanços estes, que ajudam aos profissionais solucionarem de melhor maneira os problemas que chegam aos seus consultórios e clínicas. Cabe ressaltar que é necessário, portanto, integrar as diversas áreas que a odontologia possui, ofertando um tratamento multidisciplinar mais resolutivo e com melhor prognóstico aos pacientes.

A graduação foi a experiência mais enriquecedora que pudemos vivenciar, e certamente uma das mais importantes fases para nos conhecermos como seres humanos.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (org.). **Família, redes, laços e políticas Públicas**. 3a. edição. São Paulo: Cortez, 2007.

AGUIAR, G. A. R. et al. Sobremordida. In **Revista Faipe**, v. 7, n. 2, p. 16-23, 2018. Disponível em: <http://revistafaipe.com.br/index.php/RFAIPE/article/view/78>. Acesso em 09 de abr. 2020.

ALCANTARA, S. C. et al. Violência entre pares, clima escolar e contextos de desenvolvimento: suas implicações no bem-estar. In **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 509-522, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-984207>. Acesso em 09 de abr. 2020.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Definition of dental neglect. **Pediatr Dent**, v. 17, n. 6, p. 26, 1996-1996.

ANQUILANTE, A. G.; ALMEIDA, B. S.; MARTINS DE CASTRO, R. F.; XAVIER, C. R. G.; SALES PERES, S. H. C.; BASTOS, J. R. M. **A importância da educação em saúde bucal para pré escolares.** Ver. Odontol UNESP, v. 32, n. 1, p. 39-45, 2003.

ANTUNES, L. S.; ANTUNES, L. A. A.; CORVINO, M. P. F. Percepção de pré-escolares sobre saúde bucal. In **Rev. Odontol Universidade Cidade de São Paulo**. 2008 jan-abr; v. 20, n. 1, p. 52-9. Disponível em: <http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/608/573>. Acesso em 09 de abr. 2020.

BARBOSA, M. C. F.; MORAES, M.; SOUZA, D. T. B.; FERNANDES, L. A.; LIMA, D. C. A arte de encantar pré escolares com histórias sobre saúde bucal. In **Rev. Ciênc. Ext.** v.15, n.4, p.67-81, 2019. Disponível em: <https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/2002/2331>. Acesso em 10 de abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Atenção Básica. – 1. R., 4.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BUENO, E. A.; MALHEIROS, R. T.; BALK, R. S. Promoção da saúde bucal: uma abordagem multidisciplinar. In **Rev Epidemiol Control Infect**., v. 2, n. 3, p. 115, 2012.

CARTERI, M. T. et al. Fatores associados à experiência de cárie e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em escolares. In **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 24, n. 2, p. 242-249, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1049440>. Acesso em 10 de abr. 2020.

CAVALCANTE,S. P.; SOUZA JÚNIOR,V. G.; DIAS,P. C. Efetividade de diferentes tipos de tratamento no controle da hipersensibilidade dentinária cervical. In **Rev. UNINGÁ, Maringá.**, v. 56, n. S7, p.68-79, out/dez. 2019. Disponível em: <http://34.233.57.254/index.php/uninga/article/view/2709/2112>. Acesso em 05 abr. 2020.

CORRÊA, A. L.; EMMI, D. T.; PINHEIRO, H. H. C.; BARROSO, R. F. F.; ARAÚJO, I. C.; ARAÚJO M. V. A. **Atenção em saúde bucal na creche Sorena: Relato de experiência de 17 anos promovendo saúde em pré-escolares**. Ver. Conexão UEPG., v. 15, n. 2, p. 142-146, maio-ago. 2019. Disponível em:

<https://revistas.apps.uepg.br/index.php/conexao/article/view/12620/209209210876>. Acesso em 05 abr. 2020.

CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância.** São Paulo: Santos, 2010. 679 p.

DALE, E. **Audio-Visual Methods in Teaching,** 3rd ed., Holt, Rinehart & Winston, New York, 1969, p. 108.

FEJERSKOV, O.; MANJI, F.; BAELUM, V. **The nature and mechanisms of dental fluorosis in man**. J Dent Res, v 69, p. 692-700, 1990.

GRIPPO, J. O. Abfracion: a new classification of hard tissue lesions of teeth. **J Esthet. Dent.**, v.3, n.1, p.14-19, 1991.

GUEDES PINTO, A. C. **Odontopediatria**. São Paulo: Santos. 8 ed. 2010. 970 p.

LOPES, P. L.; SIQUEIRA. J. F. J. **Endodontia: biologia e técnica.** 4. ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595152687/cfi/6/8!/4/2/46/2/8/2@0:100 >. Acesso em: 13 de abr. de 2020.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de bullying e fatores associados em escolares brasileiros, 2015. In **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1359-1368, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1001772>. Acesso em 09 de abr. 2020.

MEDEIROS, R. A.; ALMEIDA, M. L. V. Qualidade de vida em pacientes reabilitados com próteses parciais removíveis: revisão de literatura. In **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 37, n. 3, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-967120>. Acesso em 10 de abr. 2020.

MORO, K.; SANTOS, B. L. PROTOCOLO DE TRATAMENTO DE MORDIDA PROFUNDA. In **REVISTA FAIPE**, v. 7, n. 2, p. 31-42, 2018. Disponível em: <http://www.revistafaipe.com.br/index.php/RFAIPE/article/view/80>. Acesso em 10 de abr. 2020.

NEWMAN, G. M.; CARRANZA. **Periodontia Clínica.** 12 ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595155916/cfi/6/46!/4/2/4/2@0:100>. Acesso em: 13 de abr. de 2020.

RODRIGUES, A. G. et al. "Abordagem quanto ao diagnóstico e ao tratamento da avulsão dentária: uma revisão de literatura." In **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF 23.2**, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-947611>. Acesso em 28 de maio. 2020.

SANTOS, K. T.; GARBIN, A. J. I.; GARBIN, C. A. S. Saúde bucal nas escolas: relato de experiência. In **Rev. Ciênc. Ext.**, v. 8, n. 1, p. 161-169, 2012.

SIQUEIRA, M. F. G.; JARDIM, M. C. A. M.; VASCONCELOS, L. C. S.; VASCONCELOS, L. C. Evaluation of na oral health program for children in early childhood. In **Rev. odonto ciênc.**, v. 25, n. 4, p. 350-354, 2010.

SILVA, J. H et al. **Ações de extensão para promoção da saúde em creche no município de Belo Horizonte, MG. Interagir: pensando a extensão**. v. 1, n. 22, p. 32-45, 2017.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf.>. Acesso em: 07 abr. 2020.

SOARES, I. J.; GOLDBERG, F. **Endodontia: Técnica e Fundamentos**. 2. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2011. Artmed. Disponível em <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536325149/cfi/16!/4/2@100:0.00>. Acesso em: 13 de abr. de 2020.

SOARES, P. V. et al. Restauração de lesões cervicais não cariosas e controle da hipersensibilidade detinária: protocolos e perspectivas. In: ALTO, R.M. **Reabilitação estética anterior: o passo a passo da rotina clínica.** Nova Odessa, SP. Napoleão, v. 8, p. 206-221, 2018.

TOLEDO, O. A. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica. In: **Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica**. 1996. p. 344-344.

VENÂNCIO, R. R. et al. Promoção da saúde bucal: desenvolvendo material lúdico para crianças na faixa etária pré-escolar. In **Journal of the Health Sciences Institute,** v.29, n.3, p. 153-6, 2011.