



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

**DANTON MARQUES FIGUEIREDO ROMANIELLO
EDÉSIO JOSÉ XISTO
EDUARDO RODRIGUES GOMES
IGOR CASTRO DE OLIVEIRA REIS
LUCAS VINÍCIUS SOUZA PRUDENTE**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

**LAVRAS-MG
2019**

**DANTON MARQUES FIGUEIREDO ROMANIELLO
EDÉSIO JOSÉ XISTO
EDUARDO RODRIGUES GOMES
IGOR CASTRO DE OLIVEIRA REIS
LUCAS VINÍCIUS SOUZA PRUDENTE**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

ORIENTADORA

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

**LAVRAS-MG
2019**

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

P849 Portfólio acadêmico / Danton Marques Figueiredo Romaniello[et al.];
orientação de Renata de Carvalho Foureaux. -- Lavras:
Unilavras, 2019.
68 f. : il.

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

1. Endodontia. 2. Paciente especial. 3. Extração seriada.
4. Implantodontia. I. Xisto, Edésio José. II. Gomes, Eduardo
Rodrigues. III. Reis, Igor Castro de Oliveira. IV. Prudente,
Lucas Vinícius Souza. V. Foureaux, Renata de Carvalho
(Orient.). VI. Título.

**DANTON MARQUES FIGUEIREDO ROMANIELLO
EDÉSIO JOSÉ XISTO
EDUARDO RODRIGUES GOMES
IGOR CASTRO DE OLIVEIRA REIS
LUCAS VINÍCIUS SOUZA PRUDENTE**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

APROVADO EM: 04 de setembro de 2019

ORIENTADORA

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

MEMBRO DA BANCA

Prof. Dr. Douglas Campideli Fonseca

**LAVRAS – MG
2019**

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por estar sempre nos iluminando, e nos mostrando o caminho certo. Agradeço também à minha família, meus pais e meus irmãos, assim como minha namorada, por estarem sempre me apoiando durante essa trajetória mesmo em meus momentos de dificuldade.

Agradeço aos professores por me passarem seus conhecimentos e técnicas, e aos meus colegas por me ajudarem nos estudos e compartilharem momentos que estarão marcados para sempre em minha memória.

Agradeço também a nossa orientadora, professora doutora Renata, por nos apoiar a todo momento durante a construção desse trabalho.

Danton Marques Figueiredo Romaniello

Agradeço aos familiares por todo apoio, em especial a minha esposa Solange e filhos, por compreenderem minha ausência e me motivarem a concluir o curso.

Edésio José Xisto

Chegando ao fim desse ciclo, primeiramente queria engrandecer o nome de Deus, que com toda certeza sempre foi meu alicerce em toda caminhada, caminhada essa com altos e baixos, tristezas e alegrias, mas que foram essenciais para ser exatamente quem me tornei nesses cinco anos de graduação.

Agradeço aos meus avós, Julinda Vilella, Oswaldo Rodrigues, Maria Helena Ribeiro e meu avô David Martins que nos deixou no meio dessa caminhada, mas seus ensinamentos ficaram para sempre. Agradeço aos meus pais, Juliana Vilela e David Gomes, e minha irmã, Gabriela Rodrigues, que fizeram meu sonho virar realidade, com todo apoio possível e amor sem medida.

Agradeço aos colegas de curso com os quais dividi momentos inesquecíveis, foram colegas no desenvolver do curso que se tornaram muito mais do que amigos fora do mesmo, tendo a certeza que essa união nunca acabará.

Agradeço aos meus pacientes pela confiança, paciência e momentos vividos durante o atendimento.

Agradeço aos professores que muito me ensinaram, e que me proporcionaram todo suporte necessário para a cada dia me capacitar nessa profissão.

Agradeço a professora doutora Renata Foureaux pelo apoio e incentivo ao longo desse trabalho.

Eduardo Rodrigues Gomes

Primeiramente, agradeço a Deus, que sempre esteve presente em meu coração nessa jornada.

Aos meus pais, Isa e Analdo, que sempre se dedicaram para proporcionar a mim a oportunidade de estudos, sempre me apoiaram e acreditaram em mim para que eu chegasse até essa etapa da minha vida, me dando conselhos e forças para continuar seguindo em frente.

Às minhas irmãs, Isadora e Isabella, com quem sempre pude contar.

A toda minha família que sempre esteve ao meu lado torcendo para o meu sucesso e o melhor para mim.

A minha orientadora, Prof^a Dr^a Renata, pela confiança, incentivo e paciência durante esse Portfólio.

E a todos que, de alguma forma, me ajudaram para essa formação tão desejada.

Igor Castro de Oliveira Reis

Gostaria de agradecer aos meus amigos e minha namorada Iara Maciel Reis Pereira que sempre estiveram comigo.

Agradecer a toda a minha família que esteve comigo até o final, em especial ao meu pai, Sandro Maciel Prudente, que proporcionou cinco anos de alegria e aprendizado.

A todos os professores e funcionários do Centro Universitário de Lavras.

E claro, ao bom Deus, que permite que tudo isso aconteça e que nunca me deixou só.

Lucas Vinícius Souza Prudente

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Restauração classe II ocluso distal do elemento 27.....	10
Figura 2	Restauração classe II ocluso distal do elemento 47.....	11
Figura 3	Situação inicial da gengiva na região do elemento 17.....	11
Figura 4	Coltosol colocado provisoriamente no elemento 17.....	12
Figura 5	Fragmento de excesso de gengiva.....	12
Figura 6	Momento da exposição pulpar do elemento 17.....	13
Figura 7	Algodão embebido com tricresol na câmara pulpar.....	13
Figura 8	Restauração provisória do elemento 17 com ionômero de vidro modificado.....	13
Figura 9	Limas Easy ProDesing Logic.....	14
Figura 10	Radiografia da conometria.....	15
Figura 11	Radiografia final.....	15
Figura 12	Encaminhamento médico.....	16
Figura 13	Condição bucal inicial do paciente.....	22
Figura 14	Encaminhamento ao Unilavras.....	23
Figura 15	Hemiarcos superiores após a terapia periodontal.....	24
Figura 16	Mesa clínica para procedimento cirúrgico.....	25
Figura 17	Bloqueio do nervo alveolar inferior.....	26
Figura 18	Esponja de fibrina utilizada para hemostasia local.....	27
Figura 19	União das bordas da ferida cirúrgica para evitar hemorragia...	27
Figura 20	Radiografia panorâmica.....	30
Figura 21	Fotografia do Hemi arco superior e inferior direito após extração seriada, elemento 13 começando a erupcionar.....	32
Figura 22	Hemi arco superior e inferior direito após extração seriada e erupção do elemento 13.....	34
Figura 23	Fotografia frontal após extração seriada.....	34
Figura 24	Fotografia da arcada inferior após extração seriada.....	35
Figura 25	Fotografia da arcada superior após extração seriada.....	35
Figura 26	Fotografia do Hemi arco superior e inferior esquerdo após extração seriada.....	36
Figura 27	Fotografia frontal da face.....	37

Figura 28	Fotografia lateral da face.....	37
Figura 29	Radiografia panorâmica.....	38
Figura 30	Corte de aproximação da radiografia panorâmica.....	39
Figura 31	Exame radiográfico.....	41
Figura 32	Fotografia da mesa cirúrgica montada.....	42
Figura 33	Fotografia assepsia extra oral.....	43
Figura 34	Fotografia da técnica anestésica alveolar superior médio.....	43
Figura 35	Fotografia da incisão.....	44
Figura 36	Posicionamento do guia cirúrgico.....	44
Figura 37	Perfuração óssea, utilizando a fresa lança.....	45
Figura 38	Perfuração óssea utilizando a broca 2.0.....	45
Figura 39	Sutura.....	46
Figura 40	Sutura finalizada.....	46
Figura 41	Exame radiográfico final.....	47
Figura 42	Protocolo orientações pós-operatórias.....	48
Figura 43	Estado inicial.....	51
Figura 44	Radiografia panorâmica.....	51
Figura 45	Vista por palatina.....	52
Figura 46	Vista por vestibular.....	52
Figura 47	Dente de estoque.....	53
Figura 48	Radiografia de estudo.....	54
Figura 49	Preparo para pino realizado.....	55

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 DESENVOLVIMENTO	08
2.1 Apresentação do caso clínico do aluno Danton M. Figueiredo Romaniello.....	10
2.1.2 Desenvolvimento do caso clínico	10
2.2 Apresentação do caso clínico do aluno Edésio José Xisto.....	16
2.2.1 A doença renal crônica relacionada ao tratamento odontológico	20
2.2.2 O tratamento odontológico	21
2.3 Apresentação do caso clínico do aluno Eduardo Rodrigues Gomes.....	29
2.3.1 Desenvolvimento do caso clínico	29
2.4 Apresentação do caso clínico do aluno Igor Castro de Oliveira Reis	38
2.4.1 Introdução ao caso clínico.....	38
2.4.2 Desenvolvimento do caso clínico	38
2.5 Apresentação do caso clínico do aluno Lucas Vinícius Souza Prudente	50
3 AUTOAVALIAÇÃO	57
3.1 Autoavaliação do aluno Danton Marques Figueiredo Romaniello	57
3.2 Autoavaliação do aluno Edésio José Xisto.....	57
3.3 Autoavaliação do aluno Eduardo Rodrigues Gomes	58
3.4 Autoavaliação do aluno Igor Castro de Oliveira Reis	59
3.5 Autoavaliação do aluno Lucas Vinícius Souza Prudente.....	59
4 CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

1 INTRODUÇÃO

A Odontologia, por vezes vista como uma profissão tecnicista, em que o contato com o paciente é mínimo, não se limita a uma mera oportunidade de investigação do grau de comprometimento dos dentes e a possibilidade de restabelecer sua função, nem tampouco a realização de procedimentos que permitam otimizar e sedimentar os conhecimentos adquiridos durante a graduação e desenvolver habilidades e competências.

Trata-se de uma profissão em que é imprescindível ir além das informações absorvidas em sala de aula: é imperativo a percepção do paciente como um todo, para que se possa chegar ao diagnóstico, estabelecer o plano de tratamento e traçar estratégias que nos permitam analisar a necessidade do mesmo, sem que percamos a capacidade de visualizar o lado humano inerente a toda e qualquer atividade profissional.

O acadêmico Danton Marques Figueiredo Romaniello realizou seu portfólio sobre um caso ocorrido na clínica odontológica da Universidade Federal de Lavras juntamente com a clínica odontológica do UNILAVRAS, onde foi realizado um tratamento endodôntico e posteriormente uma prótese para reabilitar o elemento 17.

O acadêmico Edésio José Xisto abordou o caso clínico de um paciente portador de Insuficiência Renal Crônica, com o qual teve contato na Disciplina de Estágio Curricular - Pacientes Especiais, enfatizando as manifestações bucais decorrentes de tal patologia, bem como a conduta prévia adotada pelo profissional da Odontologia, ao serem executados os procedimentos.

O acadêmico Eduardo Rodrigues Gomes relatou um caso clínico sobre extração seriada, onde foi diagnosticado apinhamento severo da arcada superior e inferior. O caso foi desenvolvido na disciplina de clínica infantil III durante sua graduação, sob a orientação da Professora Luciana Fonseca Pádua Gonçalves Tourino e José Norberto de Oliveira Junior, e auxílio de seu colega Igor Castro de Oliveira Reis.

Em relação à vivência Igor Castro de Oliveira Reis relatou um caso clínico realizado durante a disciplina de Clínica Integrada IV, onde foi promovido ao paciente a adequação do meio bucal. A seguir o aluno irá mostrar os procedimentos que foram executados, desde o primeiro atendimento até a instalação do implante.

Por fim, o acadêmico Lucas Vinícius Souza Prudente apresentará neste portfólio o caso clínico que foi realizado na clínica odontológica do UNILAVRAS, durante a clínica integrada III, onde foram executados procedimentos de urgência e também tratamentos envolvendo várias áreas da Odontologia como: Endodontia, Periodontia, Cirurgia e Prótese. Todos estes com o objetivo de recuperar a saúde oral do paciente e naturalmente a saúde psicológica.

Neste trabalho que apresentamos em forma de portfólio abordaremos experiências clínicas realizadas durante a graduação em Odontologia, no UNILAVRAS, que foram essenciais para a nossa formação acadêmica.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Apresentação do caso clínico do aluno Danton Marques Figueiredo Romaniello

Meu nome é Danton Marques Figueiredo Romaniello, estudante de Odontologia no Centro universitário UNILAVRAS. Este caso teve início primeiramente na clínica odontológica da Universidade Federal de Lavras - UFLA e depois foi encaminhado por mim para as Atividades Vocacionais de Endodontia e, posteriormente, para Prótese e Dentística no Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS.

2.1.2 Desenvolvimento do caso clínico

Paciente do sexo feminino, compareceu à clínica odontológica da Universidade Federal de Lavras, necessitando de reabilitação em diversas áreas da Odontologia, como remoção de tecido cariado, restaurações, gengivectomia e exodontias.

Nas primeiras sessões foram realizadas por mim as restaurações dos elementos 27 e 47 (Figura 1 e 2) que apresentavam lesão de cárie ativa com cavitação. No decorrer das sessões expliquei para a paciente o que estava ocorrendo com o elemento 17, principal foco do meu trabalho. O elemento apresentava uma extensa lesão cáriosa ativa com cavitação na oclusal e distal, em que a parede distal se apresentava completamente sem estrutura e, por ter ficado muito tempo com essa lesão no meio bucal, aconteceu um fenômeno comum em que a gengiva “migra” para dentro dessa lesão, como pode ser observado na Figura 3.

Figura 1 – Restauração classe II ocluso distal do elemento 27



Fonte: Autor

Figura 2 – Restauração classe II ocluso distal do elemento 47



Fonte: Autor

Figura 3 – Situação inicial da gengiva na região do elemento 17



Fonte: Autor

A cirurgia de aumento de coroa clínica em casos de cáries subgengivais, fratura coronal, comprimento inadequado da coroa foi indicada por Traebert (1997), pois pode-se obter êxito no tratamento restaurador, sem que ocorram prejuízos ao tecido de sustentação (RISSATO; TRENTIN, 2012).

Em seguida, foi realizada a incisão para remoção do excesso de tecido gengival.

Segundo Wolffe et al. (1994), é importante a realização do procedimento de aumento de coroa para um saudável estabelecimento do complexo dento-gengival, além de prover condições adequadas para a colocação das margens subgengivalmente.

Após a remoção do fragmento de gengiva foi colocada uma porção de coltosol (Figura 5) para selamento provisório do elemento em questão. Em seguida encaminhei a paciente para as Atividades Vocacionais de Endodontia para que pudesse ser feito o tratamento endodôntico.

Figura 4 – Coltosol colocado provisoriamente no elemento 17



Fonte: Autor

Figura 5 – Fragmento de excesso de gengiva



Fonte: Autor

Na primeira sessão na clínica do UNILAVRAS foi realizada a completa remoção do tecido cariado, o que causou uma exposição pulpar (Figura 6), porém não ocorreu sangramento por se tratar de um dente já em estado necrótico, o que me levou a confirmar que o diagnóstico era uma necrose pulpar, onde o elemento já não respondia mais a testes térmicos e de sensibilidade e o tecido no interior da câmara se apresentava deteriorada. Assim, optou-se como tratamento pela Necropulpectomia I.

Então utilizou-se como medicação um algodão embebido com tricresol, uma substância antisséptica e desinfetante (Figura 7). Ainda na primeira sessão foi feita a reconstrução da parede distal do elemento (Figura 8) para que o grampo do isolamento se encaixasse bem. Finalizada a primeira sessão a paciente pode ir para casa com a medicação e o selamento triplo provisório.

Figura 6 – Momento da exposição pulpar do elemento 17



Fonte: Autor

Figura 7 – Algodão embebido com tricresol na câmara pulpar



Fonte: Autor

Figura 8 – Restauração provisória do elemento 17 com ionômero de vidro modificado



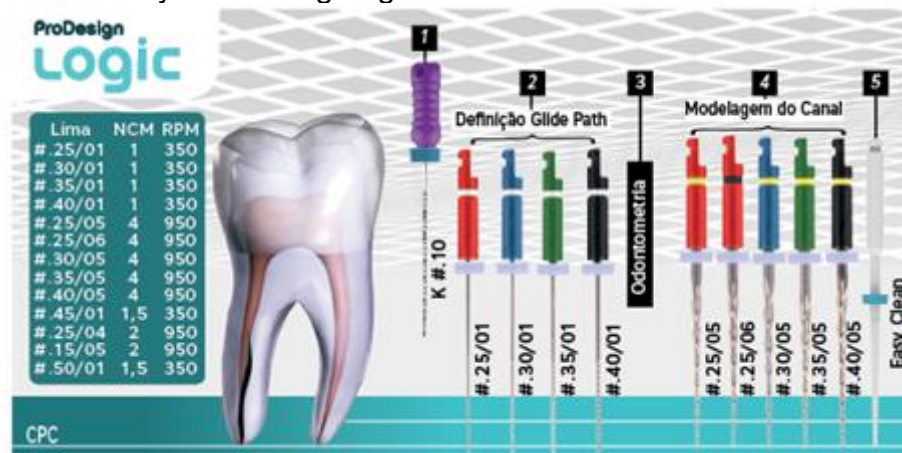
Fonte: Autor

Após ter ficado uma semana com a medicação, a paciente retornou a clínica do UNILAVRAS. Então foi dado início ao tratamento endodôntico, em que foi utilizado o sistema de rotatório da EASY, com limas de Níquel e titânio (*Ni-Ti*) (Figura 9).

Esses instrumentos oferecem a possibilidade de aumentar a velocidade e eficiência do tratamento endodôntico. Há uma convicção generalizada de que os instrumentos serão muito utilizados em um futuro próximo (SATTAPAN et al., 2000).

Após a instrumentação e formatação final do canal o dente recebeu uma medicação intracanal (Pasta Callen). Novamente pedi a paciente que retornasse em uma semana para finalizarmos o tratamento endodôntico.

Figura 9 – Limas Easy ProDesing Logic



Fonte: <http://www.easy.odo.br/produto/lima-easy-prodesign-logic-tratada-1505/>

Chegando na terceira sessão na clínica do UNILAVRAS foi realizada a obturação do canal utilizando como materiais obturadores o cone de Guta Percha Odous de Deus como cone principal e acessório, e o Selapex como cimento obturador. Após ter realizado o Passive Ultrasonic Irrigation (PUI) que é um sistema de irrigação ultrassônico que segundo autores como Goodman et al., 1985; Metzler e Montgomery (1989), Lee, Wu e Wesselink (2004), Burtleson et al. (2007), Blank-Gonçalves et al. (2011) e Rodrigues, Frota e Frota (2016) pode proporcionar maior eficácia na limpeza e desinfecção dos canais radiculares e do forame apical, foi iniciada à conometria, em que é feita a calibragem dos cones de Guta Percha como observado na figura 10.

Em seguida foi feita a calibragem correta dos cones. Foi finalizada a obturação cimentando os cones no conduto (Figura 11). A partir desse momento conversei com o professor da área de prótese para que eu pudesse combinar com ele de terminar a

completa reabilitação dessa paciente, trazendo a ela um tratamento integral todo feito por mim.

Figura 10 – Radiografia da conometria



Fonte: Autor

Figura 11 – Radiografia final



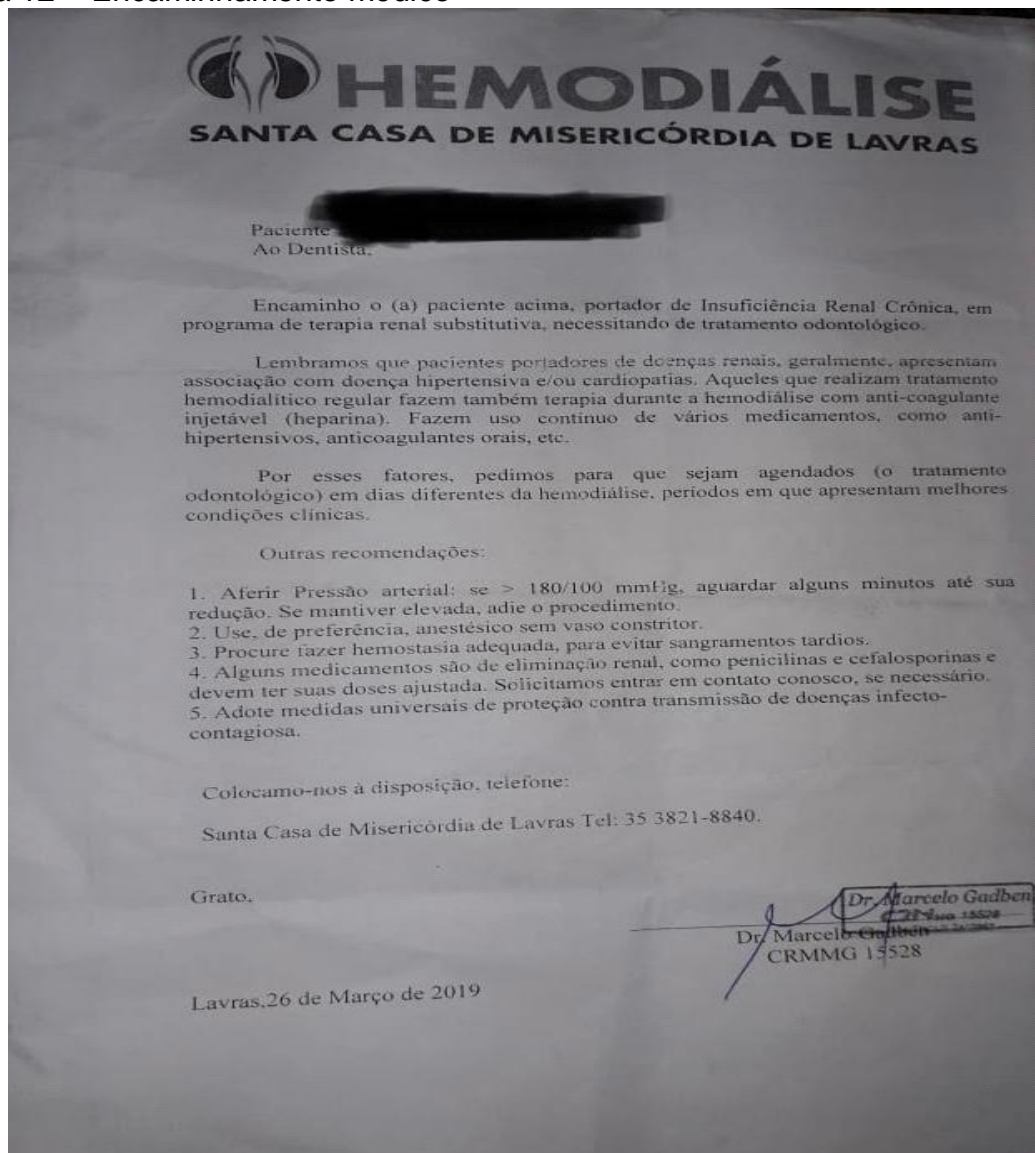
Fonte: Autor

O tratamento infelizmente não pode ser concluído por desistência sem justificativa da paciente que deixou de comparecer aos atendimentos. Houve a tentativa de contato, porém a paciente não demonstrou interesse em dar continuidade ao tratamento.

2.2 Apresentação do caso clínico do aluno Edésio José Xisto

O paciente em questão, portador de Insuficiência Renal Crônica (IRC), procurou a Clínica Odontológica do Unilavras por encaminhamento médico (Figura 12), haja vista a necessidade da adequação do meio bucal previamente ao transplante de rins, procedimento pelo qual aguardava, o que até o momento do tratamento não ocorreu.

Figura 12 – Encaminhamento médico



Fonte: Autor

Através da história pregressa obtida por meio da anamnese, foi possível ter conhecimento sobre o quadro de saúde geral do mesmo, que consta ser este

nefropata, hipertenso, diabético (patologias evidenciadas no relatório médico) e estar em terapia renal substitutiva (hemodiálise).

O exame clínico intraoral constatou o comprometimento de alguns elementos dentários devido à periodontite, que foram submetidos a exodontia, bem como a presença de cálculo, fazendo-se necessário o suporte da terapia periodontal.

É válido ratificar que, por se tratar de um paciente portador de necessidades especiais, a conduta do profissional da Odontologia deve ser pautada na adoção de uma postura que vise à execução de procedimentos preventivos quando o mesmo foi submetido a tratamento odontológico, os quais tornam-se imperativos, tais como aferir a pressão arterial, realizar os procedimentos 24 horas após a hemodiálise, medir a glicemia e suspender o uso do anticoagulante heparina, em casos de procedimentos invasivos.

Os rins são órgãos imprescindíveis para manutenção da homeostase do organismo e, portanto, um déficit progressivo de suas atividades acarreta no comprometimento de todos os demais (QUEIROZ, 2018).

A insuficiência renal crônica é uma doença de desenvolvimento lento e progressivo, que resulta no comprometimento do número e função dos néfrons, as principais unidades funcionais dos rins. A modificação de forma irreversível de tais estruturas se deve a fatores como doenças autoimunes, variações genéticas ou processos inflamatórios associados à pressão arterial sistêmica e diabetes (LEAL et al., 2018).

A literatura evidencia que diversas são as etiologias da doença renal crônica, sendo que dentre as principais estão a hipertensão arterial, diabetes mellitus e a obesidade, além de fatores genéticos e processos inflamatórios (FEISTAUER et al., 2017).

Esses últimos constituem uma das características intrínsecas ao paciente com IRC, visto que a inflamação é recorrente nos mesmos, uma vez que o tratamento diário hemodialítico culmina na ativação dos leucócitos e por conseguinte a produção de citocinas, sendo esta inflamação crônica o fator que leva à desnutrição e à doença cardiovascular, afirmaram Feistauer et al. (2017).

Feistauer et al. (2017) denotaram que outro potencial determinante do processo inflamatório presente em indivíduos acometidos dessa patologia, é a biocompatibilidade da membrana na hemodiálise, que ao ocasionar os processos

inamatórios característicos do portador de insuficiência renal crônica, ativa a interleucina (mais precisamente a IL-6), mediador químico da inflamação.

Quando, ao serem destruídos 75 % dos néfrons e os rins não mais conseguem manter suas respectivas funções (síntese e metabolização de eritropoetina, hormônios e prostaglandina; equilíbrio ácido-base e hidroeletrólítico, excreção de compostos nitrogenados e grande parte dos fármacos) evidenciam-se assim, as características clínicas da insuficiência renal crônica (XAVIER et al., 2018).

Com a diminuição da capacidade de filtração glomerular, há o acúmulo no sangue de substâncias que deveriam ser filtradas e excretadas pelos rins, levando ao comprometimento destes e ao desenvolvimento de uremia.

Segundo Medeiros et al. (2014), os sinais e sintomas que explicitam a mencionada patologia vão desde o patognomônico representado pelo aumento do nível de uréia no sangue, bem como a hemocisteinemia, constatada por exame laboratorial. Ademais, uma vez em progressão, a doença diminui as funções excretora, endócrina e metabólica dos rins, levando o paciente a apresentar anorexia, fadiga, prostração e fraqueza; além de áreas escoriadas, pele amarelada e pálida, palidez esta também presente na mucosa labial.

Diante do contexto, torna-se pertinente ratificar que, segundo as diretrizes brasileiras, um paciente que tenha a taxa de filtração glomerular (TFG) < 60 mL/min/1,73m² por um período > 3 meses ou ainda, a TFG nessa proporção citada, com evidência de lesão estrutural dos rins, havendo alteração na normalidade da função urinária (proteinúria, hematúria glomerular, microalbuminúria) ou detectadas alterações em exames de imagem; e tenha idade > 18 anos, possui os requisitos para ser diagnosticado como portador de insuficiência renal crônica (RUAS, 2017).

Diante do exposto, torna-se relevante ressaltar o aspecto psicológico do paciente portador de insuficiência renal crônica, visto que tal doença acarreta em vários impactos na vida do mesmo, que culminam em mudanças na rotina para adequar-se à nova realidade.

A doença caracteriza-se pela presença de vários estágios, a começar pela perda inicial da função excretora do rim, com ausência de sintomatologia, progredindo para o cinco, em que há necessidade de terapia renal substitutiva (LINS et al., 2018).

A hemodiálise consiste na vinculação do paciente à máquina através de acesso endovenoso (fístula), em que durante quatro horas diárias, por um período de três dias

na semana, o mesmo comparece em clínica especializada, para que o aparelho realize a função dos rins ineficientes (SANTOS et al., 2018).

Trata-se de uma alternativa importante para a manutenção da vida do paciente. É válido ratificar que existe outra possibilidade, a chamada diálise peritoneal (cuja membrana utilizada é o peritônio), no entanto, está mais propensa ao desenvolvimento de infecções, sendo menos utilizada. Embora a máquina seja imprescindível à vida do nefropata, alguns definem a relação com a mesma, como perda de autonomia, visto que impossibilita viagens e causa limitações no trabalho, afirmaram Santos et al., 2018).

Assim, os pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica precisam desenvolver estratégias que os ajudem a lidar com esse processo, haja vista que é a única maneira de continuar vivendo, embora a convivência com tal rotina nem sempre ocorra de forma harmoniosa (SOUSA et al., 2018).

As modificações ocorridas no corpo são um dos fatores que ocasionam a baixa autoestima e a sensação de imperfeição, uma vez que tanto as manifestações físicas da doença (magreza, olhos avermelhados, pele pálida) quanto os acessos invasivos como a fístula, levam o paciente a desenvolver problemas psicossociais, pois o fato de ser identificado pelos olhares alheios como “diferente”, causa a sensação de invasão (SILVA et al., 2018).

Outra dificuldade enfrentada pelo acometido por tal patologia é a restrição dietética e hídrica. Por recomendações do nutricionista, o paciente é orientado a ingerir a quantidade de líquido e açúcar calculada de acordo com sua dieta específica, fazendo com que ele veja o dia da hemodiálise como a oportunidade de beber água e comer balas com "segurança", haja vista que durante quatro horas está sendo monitorado pela máquina (RAMOS et al., 2018).

Por se tratar de uma rotina intensa e desgastante, é inevitável tentar encontrar algo que amenize a sensação de estar preso a uma máquina e possa contribuir para que às 4 horas necessárias ao processo de filtração do sangue, passem depressa. Assim, vínculos de amizade são criados e estendidos para além da sala de hemodiálise.

Segundo o paciente objeto deste estudo, um dos piores acontecimentos decorrentes da hemodiálise é que relações estreitas são construídas, afinidades são descobertas, experiências somadas, dificuldades e medos compartilhados e quando

menos se espera, depara-se com a triste notícia da perda: o amigo conquistado vem a óbito e a tristeza

2.2.1 A doença renal crônica relacionada ao tratamento odontológico

Segundo Feistauer et al. (2017), torna-se imperativo considerar as inflamações e consequentes manifestações bucais concernentes ao portador de IRC, dentre as quais citam-se a palidez na mucosa oral, xerostomia, hálito urêmico e periodontite, possuindo esta, uma relação bilateral com a doença renal crônica, o que as tornam fatores agravantes uma da outra (MEDEIROS et al., 2014), além de ser possível afirmar que a doença periodontal se agrava proporcionalmente ao tempo de tratamento dialítico (LIMA; VIEIRA; DUARTE, 2018).

A insuficiência renal crônica aumenta a concentração de metabólitos no organismo, dentre estes, a ureia, responsável por tornar o meio bucal básico ($\text{pH} > 7$) e portanto facilitar a deposição de íons cálcio no esmalte dentário, favorecendo assim, o aparecimento de doenças periodontais, uma vez que propicia o acúmulo de cálculo nos dentes, afirmou Queiroz (2018).

A fragilidade imunológica do paciente nefropata predispõe de maneira facilitada a doença periodontal, visto que as alterações imunológicas e as doenças sistêmicas crônicas inerentes ao portador de insuficiência renal crônica (diabetes) ocasionam uma resposta inflamatória exacerbada no periodonto. Além destas, o fato de haver uma maior produção de interleucina e Interferon (mediadores da inflamação), atuantes no metabolismo ósseo, culmina por interferir na remodelação óssea, favorecendo a reabsorção, característica da periodontite (CARDOSO et al., 2018).

Mantendo este paradigma, torna-se notável que a periodontite crônica ocasiona o aumento de mediadores inflamatórios da infecção, sendo considerada, portanto, um fator relevante e passível de contribuição para a morbidade e mortalidade dos portadores de insuficiência renal crônica, dada a sua contribuição para o desafio inflamatório sistêmico, afirmaram Cardoso et al. (2018).

A estreita relação entre periodontite e portadores de insuficiência renal crônica sujeitos a transplante (caso do paciente objeto deste trabalho) é evidenciada por Cardoso et al. (2018), que ratificam o fato de a doença periodontal proporcionar a migração das bactérias periodontopatogênicas para o novo órgão transplantado, além

das mesmas inibirem a coagulação e formação de trombos, aumentando, ainda, a inflamação sistêmica, fato este que estabelece a boa condição de saúde bucal como fator determinante para que o paciente seja incluído na fila para o transplante.

Enfatiza-se que muitos procedimentos odontológicos são causadores de bacteremia transitória em pacientes com insuficiência renal crônica, e potencialmente os patógenos periodontais *Porphyromonas gingivalis* podem causar injúrias diretamente nos néfrons (MEDEIROS et al., 2014).

Ademais, em relação às manifestações da cavidade bucal como resposta à insuficiência renal crônica, enumeram-se a mobilidade dentária, diminuição da câmara pulpar devido à calcificação e a hipoplasia do esmalte, a qual ocorre quando pigmentos de sangue de coloração amarronzada estão presentes durante o processo de formação do esmalte, provenientes da uremia. Também podem ser encontrados em pacientes nefropatas, indícios de erosão dentária, ocasionada pelo processo de regurgitação, advinda de náuseas (MEDEIROS et al., 2014).

Durante o manejo com pacientes portadores de IRC, uma postura cuidadosa deve ser adotada quando procedimentos cirúrgicos precisam ser executados, visto que os acometidos por tal patologia possuem uma predisposição à hemorragia, devido à fragilidade capilar, aumento do tempo de sangramento e diminuição da agregação plaquetária, além de serem os mesmos, vítimas de anemia normocítica ou normocrômica, cujo tratamento possui grau de dificuldade elevado e pode ser potencializado em pacientes cirúrgicos (CARDOSO et al., 2018).

2.2.2 O tratamento odontológico

Diante do exposto, explicita-se que o caso clínico norteador deste trabalho refere-se ao do paciente descrito, cujo primeiro contato com o mesmo se deu na Clínica de Pacientes Especiais, da disciplina de Estágio Supervisionado.

Seguindo o protocolo de trabalho do Unilavras, inicialmente realizou-se a anamnese, através da qual foi possível estar ciente da condição sistêmica do paciente, fator imprescindível para estabelecer o diagnóstico e o plano de tratamento. Por conseguinte, passou-se ao exame clínico (Figura 13) e definido o diagnóstico de Periodontite estágio IV, grau C, generalizada e de progressão rápida, associada a insuficiência renal e diabetes Mellitus, foi proposta a terapia periodontal.

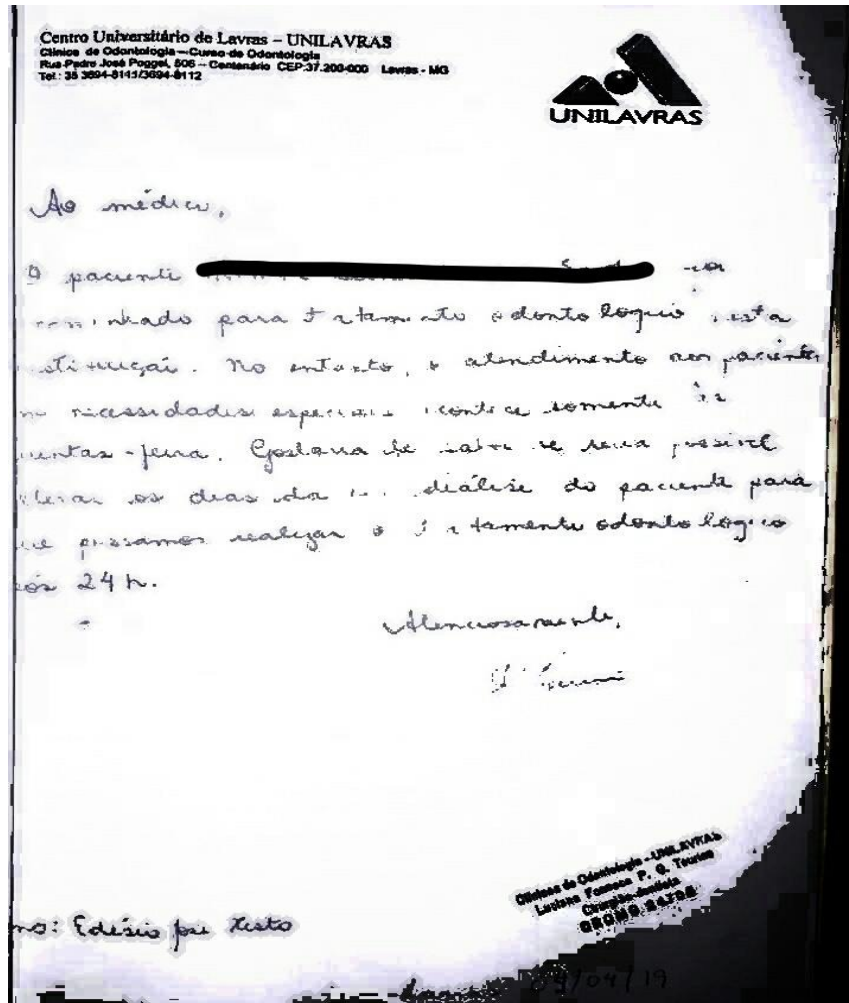
Figura 13 – Condição bucal inicial do paciente



Fonte: Autor

Por se tratar de um paciente em condição especial (portador de IRC), algumas condutas prévias ao tratamento odontológico foram necessárias. A princípio foi aferida a pressão arterial, que se encontrava em 160 x 90 mmHg. Por recomendação médica prescrita no encaminhamento feito ao Unilavras (Figura 14), foi enfatizado que, uma vez superior a 180 x100 mmHg, alguns minutos deveriam ser aguardados até a redução da mesma, e caso ela se mantivesse, o procedimento deveria ser adiado.

Figura 14 – Encaminhamento ao Unilavras



Fonte: Autor

Seguindo esta postura, também foi realizada a medição da glicemia que constava em 312mg/dl e uma vez a mesma estando acima de 200 mg/dl, é mister que o procedimento seja suspenso, obedecendo à recomendação médica.

Uma vez normalizadas as questões referidas, foi dado início à terapia periodontal, e para a execução desta se fez necessária a suspensão do anticoagulante heparina, suspensão esta que se justifica pelo fato de tal medicamento impedir a formação de trombo (necessário durante as sessões de hemodiálise) e a coagulação, potencializando o sangramento causado durante o procedimento de raspagem e alisamento radicular. É viável que o tratamento odontológico seja realizado um dia após a diálise, quando a ação anticoagulante é mínima (MEDEIROS et al., 2014).

O uso de antibiótico como medida profilática foi adotado, visto que pacientes portadores de insuficiência renal crônica possuem o sistema imunológico frágil e uma possível bacteremia transitória acarretaria em potencial agravante do seu estado de

saúde. O medicamento de eleição foi a amoxicilina 500 mg, com início um dia antes do procedimento e manutenção por 07 dias, a cada 8 horas. A opção pelo anestésico prilocaína 3% com felipressina 0,03 UI (máximo de 2 tubetes), que embora tenha sua eliminação via renal, justifica-se pela diabetes Mellitus fazer parte da condição sistêmica do paciente.

A execução do tratamento periodontal proposto foi feita seguindo a filosofia da instituição. Inicialmente realizou-se a instrução de higiene oral, ratificando a importância da saúde bucal para manutenção do órgão a ser transplantado e por conseguinte, a evidenciação do biofilme, com fucsina.

A raspagem e alisamento radiculares foram realizados em duas sessões, sendo dois hemiarcos raspados em cada uma delas (hemiarco superior direito e inferior direito, seguidos pela raspagem nos semiarcos superior esquerdo e inferior esquerdo) (Figura 15). A disciplina de Periodontia preconiza um hemiarco por sessão, porém como o antibiótico utilizado tem excreção renal, a dosagem precisou ser ajustada para não sobrecarregar o órgão e, portanto, o procedimento realizado em menos sessões.

Figura 15 – Hemiarcos superiores após a terapia periodontal



Fonte: Autor

Denota-se que foram recomendados bochechos com a solução de gluconato de clorexidina 0,12% antes de cada sessão, uso este corroborado por estudos que têm demonstrado a diminuição de patógenos periodontais proveniente da adoção desta conduta, explicitaram Medeiros et al. (2014).

No que tange à cirurgia, inclusa no plano de tratamento do referido paciente, o mesmo protocolo foi adotado, respeitando-se a adoção de medidas prévias (pressão arterial encontrava-se em 160 x 90 mmHg e a glicemia em 171 mg %) e a terapia antibiótica profilática.

A mesa clínica (Figura16) foi montada com campo estéril e levou-se em consideração o uso imprescindível de Equipamento de Proteção Individual (EPI) como forma de evitar a infecção cruzada, visto que pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica possuem o estado imunológico comprometido e por isso, estão mais susceptíveis a infecções bacterianas, tendo o risco de reativação da tuberculose aumentado, além da dificuldade de eliminar o vírus das hepatites B e C, sendo alta a incidência destas em pacientes em hemodiálise (LOPES, 2018).

Figura 16 – Mesa clínica para procedimento cirúrgico



Fonte: Autor

Somados a estes, e estando ciente que o uso do anticoagulante heparina contribui para a ocorrência de hemorragia, foram solicitados os exames complementares hemograma completo e tempo de atividade de protrombina.

O anestésico de eleição para a exodontia foi a prilocaína 3% com felipressina 0,03 UI, utilizando-se o equivalente a um tubete apenas, sendo anestesiados os nervos alveolar inferior, bucal e lingual (Figura 17).

Figura 17 – Bloqueio do nervo alveolar inferior



Fonte: Autor

Para hemostasia local foram utilizados esponja de fibrina (Figura 18) (e tomou-se o cuidado de unir bem as bordas ao ser feita a sutura, conforme Figura 19), além de ácido tranexâmico. O paciente foi orientado a dispensar em um recipiente o líquido contido na ampola e utilizá-lo para enxaguar a boca, seguindo este protocolo durante cinco dias, usando o total de três ampolas em cada um deles. Como medida para analgesia, foi recomendado o uso de paracetamol, a cada seis horas, dada sua metabolização hepática, não sobrecarregando, assim, os rins.

Figura 18 – Esponja de fibrina utilizada para hemostasia local



Fonte: Autor

Figura 19 – União das bordas da ferida cirúrgica para evitar hemorragia



Fonte: Autor

Dessa forma, para que seja realizado o atendimento odontológico a portadores de insuficiência renal crônica, não é suficiente apenas que o profissional tenha conhecimento da conduta a ser adotada, dadas as peculiaridades da condição sistêmica do nefropata. É necessário também que o médico responsável por ele seja consultado para que se esteja ciente da condição de saúde geral do paciente, principalmente para que as escolhas medicamentosas necessárias, não interfiram nos medicamentos de uso contínuos dos mesmos e seja possível não agregar mais desconforto além daqueles já vivenciados pelos indivíduos portadores de tal patologia.

2.3 Apresentação do caso clínico do aluno Eduardo Rodrigues Gomes

Eu, Eduardo Rodrigues Gomes, 23 anos, natural de Lavras, ingressei na faculdade de Odontologia em 2015, pois sempre tive um interesse no curso em questão e pela forma como acrescentava à sociedade.

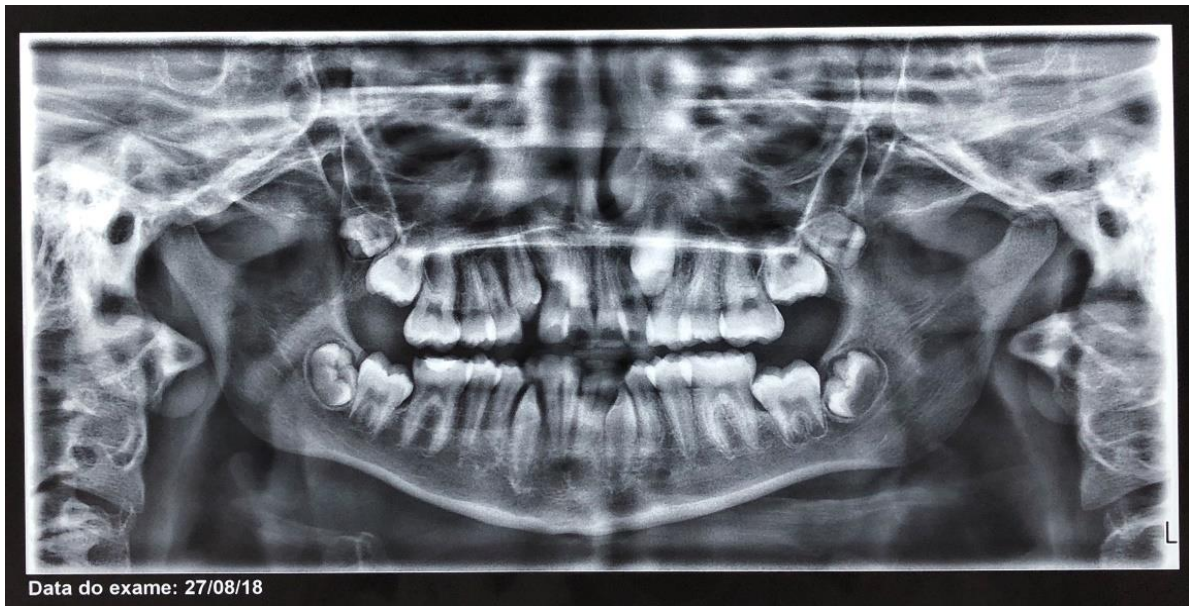
2.3.1 Desenvolvimento do caso clínico

Este caso foi realizado por mim na clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS, durante o oitavo período de graduação, na disciplina de Clínica Infantil III, com a supervisão da professora Luciana Fonseca de Pádua Gonçalves Tourino e do professor José Norberto de Oliveira Júnior. A clínica odontológica proporcionou todo suporte necessário para realização do procedimento.

Durante o curso confirmei as minhas impressões sobre Odontologia, um curso que vai muito além de tratamentos bucais e suas técnicas, trata-se do mais puro sentimento humano, o de se sentir realizado por poder ajudar o próximo.

Paciente, sexo masculino, 10 anos, compareceu a clínica odontológica do Unilavras para atendimento. Ao realizar o exame clínico e os complementares, já que à paciente possuía uma radiografia panorâmica para avaliação. Foi diagnosticado apinhamento severo e falta de espaço para erupção da arcada permanente. Não há uma explicação consensual sobre este assunto. Nesse sentido, Pereira (2018) comentou dizendo que a etiologia aponta tanto para causas biológicas quanto ambientais. A crescente incidência de casos de apinhamento dentário na sociedade contemporânea em relação à primitiva, atrela ao fato da miscigenação (heterogeneidade genética) que acaba por gerar uma incompatibilidade entre tamanho dos dentes e do arco dental, embora haja uma controvérsia uma vez que a transmissão dessas características engloba uma vasta quantidade de genes de apenas um dos genitores, o que, em teoria, deveria resultar em harmonia dental desde que os mesmos a possuam, como pode ser observado na Figura 20.

Figura 20 – Radiografia panorâmica



Fonte: Autor

Juntamente com os professores decidimos que o tratamento ideal seria, dentre outros procedimentos, realizar extração seriada dos elementos 14,24,34,44. Inicialmente foi preenchida a ficha ortodôntica do mesmo, que em sua avaliação apresentava dentadura mista, aspecto facial simétrico, padrão morfogênico I, maxila atrésica, linha mediana desviada, deglutição apresentava-se normal, apinhamentos superiores e inferiores, respiração preferencialmente nasal, hábito de “roer unha”, sequência de erupção favorável, cronologia normal e relação sagital dos primeiros molares permanentes classe I. Nas relações do incisivos em trepasse vertical apresentava mordida topo-a-topo e em trepasse horizontal apresentava normalidade. O diagnóstico final definiu mordida cruzada e apinhamento severo.

Como relataram Lara et al. (2011), o apinhamento dentário, por se tratar de uma patologia de incidência relevante na dentição mista, merece uma conduta terapêutica sólida e coerente, analisando ortodonticamente. O apinhamento representa a irregularidade dos dentes explicada pela discrepância dente-osso negativa e, quanto maior a sua magnitude, maior a chance de o tratamento ser conduzido com redução de massa dentária.

A época ideal para se iniciar o tratamento, segundo Angle (1907), é aquela mais próxima do surgimento do problema ou da alteração do processo de desenvolvimento dentário. Assim, um prognóstico individual, somente pode ser realizado com base nos conhecimentos do processo normal de crescimento fisiológico. As extrações seriadas podem apresentar várias vantagens, como disponibilizar um espaço suficiente para a

erupção dos dentes permanentes e evitar em casos específicos a utilização de aparelhos ortodônticos ou apenas pequenas correções ortodônticas, quando bem indicadas e planejadas.

Como relatado na descrição da anamnese, o paciente apresentava dentadura mista, ressaltando que o tratamento proposto se enquadrava como intervenção mas tinha seu papel na prevenção, pois o prognóstico futuro era de agravamento do caso. Como relataram Silva Filho et al. (2001), tendo em vista a fase da dentadura mista, a extração seriada apresenta-se como uma opção de prevenção do agravamento de más oclusões e apinhamento dentário, evitando-se a mecanoterapia posterior nos casos em que os dentes consigam seu alinhamento de forma natural ou diminuindo o tempo de tratamento com aparelhos nos casos da intervenção precoce, antes da irrupção dos demais dentes permanentes.

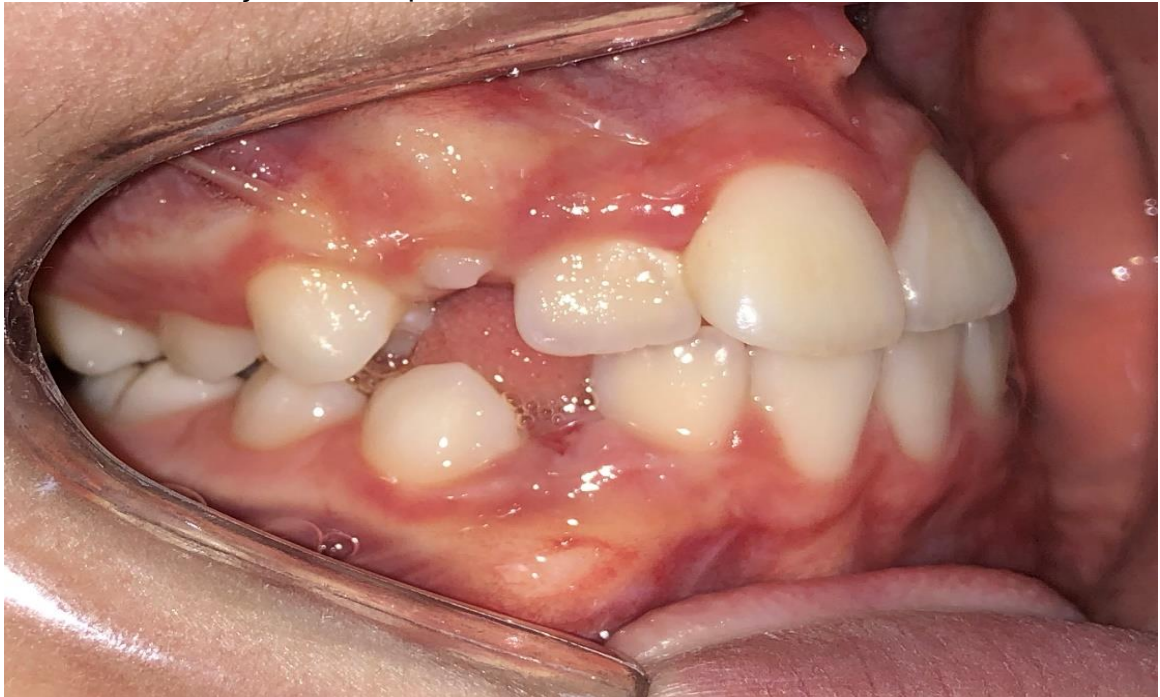
Segundo o relato do pai, seu filho apresentava um bom comportamento nos tratamentos anteriores, sendo muito cooperativo. Na primeira sessão da extração seriada no dia 19/09/2018 para extração do elemento 14, fizemos a paramentação cirúrgica necessária. Em seguida foi realizada técnica anestésica do nervo alveolar superior posterior, palatino maior e infiltrativas complementares. Ambas técnicas anestésicas foram realizadas com solução de Lidocaína HCL 2% com epinefrina 1:100.000. Posteriormente à anestesia foi feita sindesmotomia, luxação e retirada deste e sutura em X. O paciente demonstrou exatamente o comportamento que o pai descreveu. Foi então marcado para a próxima semana seu retorno para continuidade.

Na semana seguinte o paciente não compareceu. Tomei a decisão de ligar para procurar informações do ocorrido. Os pais eram divorciados e não estavam chegando a um acordo para acompanharem seu filho, pois o mesmo reside na cidade de Nepomuceno-MG.

No dia 10/10/2018 na segunda sessão foi realizada a retirada da sutura do elemento 14 e exodontia do elemento 44. Após toda paramentação cirúrgica necessária, a técnica anestésica de escolha foi Pterigomandibular e infiltrativas complementares onde anestesiámos o nervo alveolar inferior lingual e bucal, com solução anestésica de Lidocaína HCL 2% com epinefrina 1:000.000. Foi feita a sindesmotomia, luxação e extração do elemento. Ao fim da sessão sua mãe comunicou que o paciente iria encerrar o tratamento, pois não tinha condição de trazê-lo. Tivemos então uma conversa, onde procurei entender o que estava acontecendo.

Entramos em contato com o pai em um acordo, pois se o atendimento fosse encerrado o paciente seria prejudicado, pois como podemos observar na (Figura 21) o elemento 23 estava começando a erupcionar e a falta de espaço para que isso ocorresse era evidente.

Figura 21 - Fotografia do Hemiarco superior e inferior direito após extração seriada, elemento 13 começando a erupcionar.



Fonte: Autor

Na terceira sessão no dia 17/10/2018 realizou-se a retirada de sutura do elemento 44 e foi feita a paramentação cirúrgica necessária para extração do elemento 24. Foi realizada a técnica anestésica Alveolar superior posterior, palatino maior e infiltrativas complementares no elemento da arcada superior, usando a solução anestésica de Lidocaína HCL 2% com epinefrina 1:000.000 e, logo depois a sindesmotomia, luxação e exodontia do elemento.

Após os acontecimentos familiares notou-se que o paciente alterou seu comportamento, não cooperava como antes, tornou-se receoso.

A adesão ao tratamento no contexto odontológico inclui submeter-se a tratamentos profiláticos e cirúrgicos. No entanto, algumas crianças dificultam o atendimento do dentista ao apresentarem comportamentos como choro, gritos, movimentos corporais. Estes são denominados comportamentos não colaborativos

por atrasarem ou impedirem o procedimento odontológico, exigindo do dentista alteração da rotina da consulta (BRANDESBURG; MARINHO-CASANOVA, 2013).

A respeito do comportamento infantil no consultório odontológico Tovo, Faccin e Vivian (2016, p. 85) relataram que:

Cabe considerar que os odontopediatras lidam em suas atividades com muitos desafios de cunho psicológico. Deparam-se com a não cooperação de pacientes, dinâmicas familiares complexas, questões referentes à oralidade e as gratificações ou frustrações associadas a esta, à amamentação, aos hábitos de sucção, à maternagem, à sexualidade, à agressividade, fobias entre outros conflitos. A construção de uma boa relação entre o Odontopediatria e o paciente infantil, bem como seus familiares, pode contribuir para a redução de conflitos associados aos procedimentos odontológicos. Dessa forma, a atenção ao vínculo com a criança e a comunicação, para além dos aspectos meramente técnicos ou de controle de comportamento, visam favorecer a expressão emocional, sem desconsiderar a complexidade para o profissional que atende esse público.

Assim sendo, na realização de procedimentos odontológicos existe uma comunicação consciente e *inconsciente*, que pode se estabelecer. Não são incomuns fantasias, assim como também pode acontecer que os pais que acompanham a criança reeditem seus medos, revelando nos atendimentos odontológicos as dinâmicas familiares. Podem ser percebidos conflitos parentais, dificuldades de estabelecer as funções materna e paterna, superproteção do filho, entre outros exemplos (BARRETO; BARRETO; CORRÊA, 2015).

Paciente então se ausentou nos dias 24/10/2018 e 31/10/2018 e novamente entrei em contato ressaltando a importância do comparecimento.

Na quarta sessão, no dia 14/11/2018 a sutura do elemento 24 já havia soltado, então realizamos a paramentação cirúrgica necessária para extração do elemento 34. Foi realizada a técnica anestésica pterigomandibular e infiltrativas complementares, usando a solução anestésica de Lidocaína HCL 2% com epinefrina 1:000.000 e logo após a sindesmotomia, luxação e exodontia do elemento. O paciente retirou a sutura em uma unidade do Programa Saúde da Família em que frequentava, e como notado na figura 21 o elemento 36 apresentava uma lesão de cárie ativa extensa classe I na face oclusal. Este dente apresentava capeamento pulpar indireto e selamento provisório realizado por outro profissional. Nossa conduta foi a retirada do tecido cariado remanescente do tratamento anterior e troca do selamento provisório e capeamento pulpar indireto com cimento de hidróxido de cálcio, pois estava chegando o término da disciplina e não haveria tempo de fazer a reabilitação. Aconselhamos o

paciente procurar um profissional em sua cidade para acompanhamento e futura restauração definitiva do elemento.

Após aproximadamente 6 meses o paciente retornou à clínica odontológica do Unilavras e como pode ser observado nas figuras 22 e 23 houve um ganho de espaço proporcionado pela extração seriada, objetivo principal desse tipo de procedimento. A erupção dos caninos permanentes aconteceu como planejado, já tendo um alinhamento dos elementos de forma natural, sendo necessárias futuramente pequenas correções ortodônticas.

Figura 22 - Hemiarco superior e inferior direito após extração seriada e erupção do elemento 13



Fonte: Autor

Figura 23 – Fotografia frontal após extração seriada



Fonte: Autor

Paciente e familiares ficaram satisfeitos com o tratamento e o resultado obtido até o momento, resultado o qual pode ser notado nas figuras 24,25 e 26.

Figura 24 – Fotografia da arcada inferior após extração seriada



Fonte: Autor

Figura 25 – Fotografia da arcada superior após extração seriada



Fonte: Autor

Figura 26 - Fotografia do Hemi arco superior e inferior esquerdo após extração seriada



Fonte: Autor

O elemento 13 erupcionou como planejado, em seu espaço obtido, o elemento 23 teve o ganho necessário de espaço para sua erupção. Continuaremos acompanhando com consulta de retorno o caso devidamente relatado no prontuário do paciente.

Os efeitos causados com o tratamento não são apenas funcionais e estéticos como mostra o antes e o depois nas Figuras 27 e 28, mas também sociais, assim como relataram Silva Filho et al. (2001). Como consequência, tem-se o aumento da autoestima do paciente a partir das alterações estéticas obtidas, sem contar o impacto social uma vez que suas feições passam a se enquadrar nos padrões de normalidade. Justifica-se, ainda, tal conduta ainda em pacientes com discrepâncias na estrutura esquelética, principalmente aqueles diagnosticados com má oclusão de Classe II e III. Portanto, em princípio, as extrações são fortemente recomendadas em casos de má oclusão de Classe I, sem alterações morfológicas dos arcos e das bases ósseas.

Figura 27 – Fotografia frontal da face



Fonte: Autor

Figura 28 – Fotografia lateral da face



Fonte: Autor

2.4 Apresentação do caso clínico do aluno Igor Castro de Oliveira Reis

Meu nome é Igor Castro de Oliveira Reis, tenho 23 anos, e faço parte do curso de Odontologia do UNILAVRAS. A odontologia sempre foi uma área que eu apresentava vocação, pois desde criança visitava o consultório odontológico do meu tio Dr. Sávio Domingos Oliveira. Diante disso passou a ser um sonho me tornar um cirurgião dentista.

2.4.1 Introdução ao caso clínico

Esse caso clínico iniciou-se durante a disciplina de Clínica Integrada IV, na clínica odontológica do Centro Universitário de Lavras UNILAVRAS, após ter quebrado um dente de trás.

2.4.2 Desenvolvimento do caso clínico

Paciente, do sexo masculino, leucoderma, 45 anos, compareceu queixando-se ter quebrado um dente posterior. Diante disso procedeu-se à anamnese com o objetivo de extrair informações que levaram a possível causa da fratura dental. Foi feita também a análise da história médica pregressa do paciente, que é de extrema importância para o sucesso do tratamento.

Ao realizar os exames intra e extra oral e o radiográfico (Figura 29), observou-se uma boa higiene bucal e a ausência de sinais de doença periodontal.

Figura 29 – Radiografia panorâmica

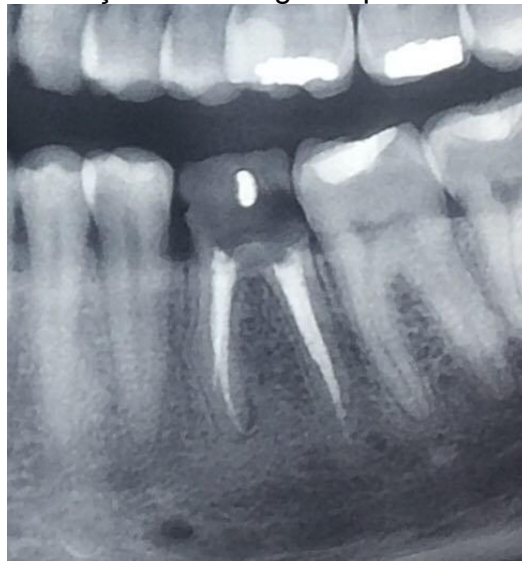


Fonte: Autor

Foram observadas fraturas das paredes lingual, mesial e distal ao nível supragengival, restando apenas a parede vestibular do elemento 36.

O tratamento endodôntico do mesmo estava satisfatório, observando-se regressão da lesão na região do periápice como demonstrado na Figura 30, e sem sintomatologia dolorosa aos testes de percussão. Constatou-se a ausência do primeiro molar superior direito.

Figura 30 – Corte de aproximação da radiografia panorâmica



Fonte: Autor

Foi realizado como tratamento de urgência o selamento da entrada dos canais com ionômero de vidro modificado, impedindo a penetração de toxinas, fluídos ou até mesmo bactérias, que provocam a dissolução do cimento obturador promovendo espaços ou vazios no canal, que servem de morada ou abrigo de toxinas ou até mesmo de colônias bacterianas, que com o passar do tempo geram o fracasso do tratamento endodôntico. Segundo Torabinejad, Ung e Kirtering (1990) são causas da recontaminação do canal: a colocação tardia da restauração definitiva; a queda ou quebra do material restaurador e a fratura do remanescente dentário.

Discutimos com o paciente a necessidade de instalação de um núcleo metálico fundido como retentor intrarradicular, devido à grande perda dentária. As vantagens de optarmos pela escolha do mesmo seriam para restabelecer a resistência radicular.

Contudo, esta forma de reconstrução apresenta algumas desvantagens, como a necessidade de maior número de sessões clínicas, envolvimento de procedimentos laboratoriais, custo mais elevado e remoção de maior quantidade de estrutura dental,

muitas vezes sadia, para que não se induza uma grande tensão na entrada do canal radicular (ASSIF; GORFIL, 1994).

Na segunda sessão foi realizado o preparo para núcleo metálico fundido, iniciando com a técnica anestésica do nervo alveolar inferior e lingual utilizando a solução anestésica cloridrato de lidocaína HCL 2% com epinefrina 1:100.000, remoção do selamento da entrada dos canais. Em seguida foi feito o isolamento absoluto do elemento 36, e dicagem com Top Dam, foi removida a guta percha com brocas largo I, II e III em baixa rotação, preparando 2/3 do conduto, conforme preconizam os estudos científicos.

Shillingburg et al. (1991) resumiram e enunciaram as normas ideais de um núcleo metálico fundido. O pino deve ter cerca de 2/3 do comprimento radicular total; deve ter cerca de 1/2 do suporte ósseo da raiz: o mínimo é de 1/2 da distância entre a crista óssea e o ápice radicular; quanto maior for a conicidade, menor será a retenção e maior será a concentração de esforços (quando aumenta a conicidade precisa destruir mais tecido dental para acomodar o núcleo, logo, maior é o risco de fratura).

O canal distal foi escolhido como retenção primária devido seu diâmetro que é relativamente maior do que os canais mesiais. Foi utilizada a solução de hipoclorito de sódio a uma concentração de 2,5% como solução irrigadora, irrigando e aspirando entre o uso das brocas largo.

Posteriormente foi usada a técnica de moldagem indireta do conduto, utilizando silicone fluído com o auxílio da seringa centrix. O molde obtido foi enviado para o laboratório de prótese do UNILAVRAS.

Após uma semana foi feita a prova do núcleo metálico fundido no conduto, sendo realizado o exame radiográfico para confirmação. Usou-se o cimento de óxido de zinco para cimentação do núcleo. Foi feito o exame radiográfico final (Figura 31).

Figura 31 – Exame radiográfico



Fonte: Autor

Ao terminar a cimentação do elemento 36, o paciente foi encaminhado para a área da prótese para confecção do provisório e posteriormente a coroa definitiva. Foi explicado para o paciente quais formas de reabilitação no local da perda do elemento 16, podendo ser substituído através de implante dentário ou ponte fixa que causaria desgaste de dentes sadios.

Conforme Carvalho (2006, p. 17), “o implante osseointegrável oferece a possibilidade de reabilitação protética do sistema estomatognático, permitindo o restabelecimento da função, estética e fonética adequadas, além de devolver ao paciente sua autoestima”.

O implante osseointegrável oferece a possibilidade de reabilitação protética do sistema estomatognático, permitindo o restabelecimento da função, estética e fonética adequadas, além de devolver ao paciente sua autoestima.

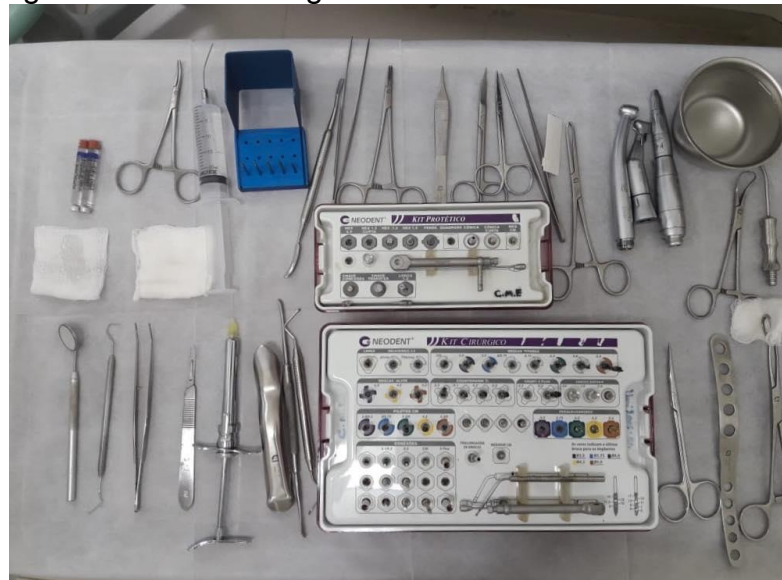
O paciente apresentou um grande interesse na reabilitação por implante, diante disso procurei o professor da área de cirurgia José Luiz Rigato, para autorizar e planejar o caso. Segundo De Rouck et al. (2008), uma seleção cuidadosa do paciente e um planejamento específico devem ser feitos para um resultado previsível. A técnica exige que seja realizada em osso sadio com um mínimo de 6 mm de espessura, 7 a 8mm de altura e pelo menos 1 a 2mm de distância de estruturas anatômicas, como o canal mandibular. Porém no caso o implante foi realizado na maxila respeitando a distância de 2 mm do seio maxilar panorâmico.

Através do exame radiográfico foi feito o planejamento para determinação de qual implante seria empregado. Como o osso tipo IV e a altura inferior que 15 mm, foi utilizado o implante cortical Master-Grip Porous RD 3,75x 13mm – Hexágono Externo da marca Conexão.

Descrição do ato cirúrgico:

Primeiramente foi aferida a pressão arterial do paciente em repouso na sala da recepção, que foi 120/80 mmHg Foi feita a paramentação e montagem da mesa cirúrgica (Figura 32).

Figura 32 - Fotografia da mesa cirúrgica montada



Fonte: Autor

Em seguida foi realizada assepsia intra e extra oral, com digluconato de clorexidina 0,12 e 2% respectivamente, conforme mostra a figura 33.

Figura 33 - Fotografia assepsia extra oral



Fonte: Autor

A técnica anestésica utilizada foi uma infiltrativa bloqueando nervo alveolar posterior, médio e palatino maior com solução anestésica cloridrato de lidocaína 2% com vasoconstritor epinefrina 1:100.000 (Figura 34).

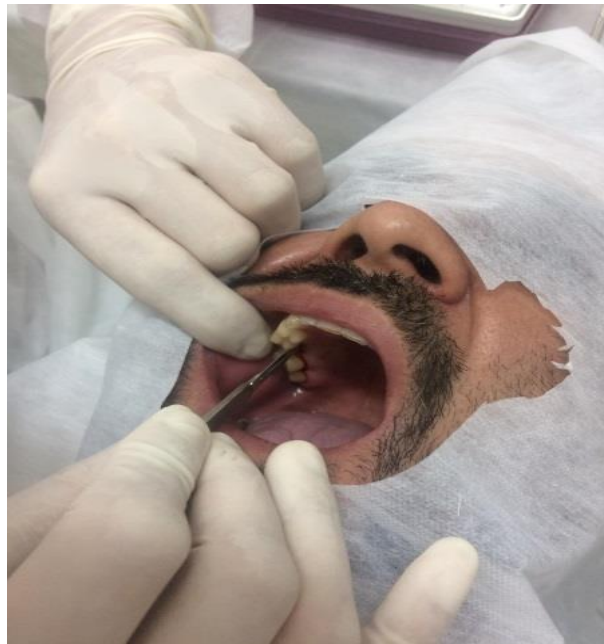
Figura 34 - Fotografia da técnica anestésica alveolar superior médio e posterior



Fonte: Autor

A incisão foi feita de mesial para distal, utilizando lâmina de bisturi 15, incisando até o perióstio (Figura 35).

Figura 35 – Fotografia da incisão



Fonte: autor

Após a incisão, foi feito o levantamento do retalho com o descolador de Molt, com o objetivo de expor o tecido ósseo abaixo do periósteo por vestibular e palatino.

Através do modelo de estudo obtido na moldagem de estudo, realizou-se a duplicação do mesmo, para confecção do guia cirúrgico no laboratório de prótese do UNILAVRAS. A figura 36 mostra o momento do posicionamento do guia cirúrgico, com a finalidade de determinar a inclinação correta das perfurações com as brocas.

Figura 36 - Posicionamento do guia cirúrgico



Fonte: Autor

Com o guia cirúrgico em posição iniciou-se a perfuração utilizando a fresa lança até 15mm, tomando como referência o rebordo alveolar (Figura 37).

Para evitar o superaquecimento ósseo durante o preparo do leito cirúrgico é necessário não só a irrigação abundante com soro fisiológico, mas também a execução de movimentos intermitentes do contra-ângulo cirúrgico durante a perfuração.

Figura 37 - Perfuração óssea, utilizando a fresa lança



Fonte: Autor

Em seguida, foi usada a fresa 2.0 (Figura 38). Finalmente usamos a fresa 3.0, para iniciarmos o processo de inserção do implante nas perfurações realizadas. Foi utilizado o contra-ângulo para captura do implante e inserção do mesmo no leito cirúrgico a uma rotação de 30 rpm.

Figura 38 - Perfuração óssea utilizando a broca 2.0



Fonte: Autor

Uma ótima estabilidade primária foi alcançada após a conclusão do procedimento cirúrgico

Após a instalação do implante, a área foi lavada abundantemente com soro fisiológico e, em seguida, foi colocado o *cover screw* com uma chave digital para impedir a entrada de microrganismos.

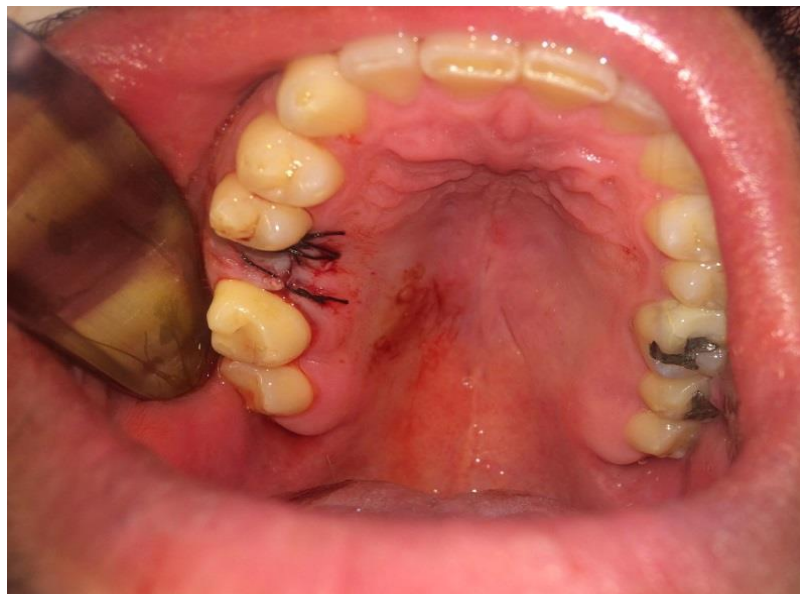
Realizou-se a sutura simples com fio de Seda 5.0 com auxílio do porta agulha (Figuras 39 e 40).

Figura 39 - Sutura



Fonte: Autor

Figura 40 – Sutura finalizada



Fonte: Autor

Foi feito o exame radiográfico final (Figura 41).

Figura 41 – Exame radiográfico final



Fonte: Autor

O protocolo de terapêutica medicamentosa instituído foi de 1g de Amoxicilina uma hora antes de iniciar a intervenção no pós-operatório Amoxicilina 500mg, de 8/8 horas, durante 7 dias, e Dipirona sódica 500mg/ml.

A revisão sistemática de Lund et al. (2015) relatou que a evidência científica para a profilaxia antibiótica durante a colocação de implante dentário é limitada. Porém sugere que a profilaxia antibiótica em conjunto com a colocação do implante dá uma modesta redução de 2% do risco de perda do implante

Empregou-se a Dipirona sódica 500mg/ml somente se houvesse dor no pós-operatório, pois esse medicamento é indicado como analgésico e antitérmico. Os efeitos antitérmico e analgésico podem ser esperados em 30 a 60 minutos após a administração e geralmente persistem por aproximadamente 4 horas

O mecanismo de ação da dipirona, conforme a Bula Dipirona monoidratada é via inibição da síntese de prostaglandina. A dipirona tem demonstrado inibir a ciclooxigenase, síntese do tromboxano, a agregação plaquetária induzida pelo ácido araquidônico e a síntese total de prostaglandina E1 e E2. A ação da droga pode ser tanto central como periférica. Há evidências de que a ação central da dipirona no hipotálamo reduz a febre. A dipirona é rápida e totalmente absorvida no trato

gastrointestinal. Atinge a concentração máxima em 1 a 2 horas. Tanto o fármaco matriz quanto seus metabólitos ligam-se fracamente às proteínas plasmáticas e difundem-se rápida e uniformemente nos tecidos.

O paciente foi orientado sobre os cuidados pós-operatório, para que ficasse em repouso nas primeiras 72 horas, evitando exposição ao sol e exercícios físicos, conforme a Figura 42.

Figura 42 – Protocolo orientações pós-operatórias

Centro Universitário de Lavras
Curso de Odontologia

Orientações Pós-operatórias

UNILAVRAS

- **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 cuspidando 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: Autor

O prognóstico do caso foi determinado como favorável, pois a área que recebeu o implante possuía um suporte ósseo adequado, livre de reabsorções ósseas, assim sendo necessário esperar por volta de 4 meses segundo estudos científicos para que aconteça a osteointegração.

O paciente ficou satisfeito com o sucesso do tratamento, e assim sendo encaminhado para a disciplina de Atividades Vocacionais de Prótese para que após o

período de osteointegração do implante iniciasse o planejamento protético da futura coroa sobre implante.

Diante dessa experiência clínica, fiquei imensamente grato por ter de certa forma contribuído no tratamento odontológico do paciente. Sem dúvidas, devolver o sorriso nos torna cada vez melhor!

2.5 Apresentação do caso clínico do aluno Lucas Vinícius Souza Prudente

O caso teve início na clínica odontológica do Unilavras, no começo dos atendimentos da disciplina de clínica Integrada III, durante o 7º período do curso de Odontologia.

Paciente masculino, de 28 anos que estava insatisfeito com seu sorriso e queria uma reabilitação com prótese. Ao realizar a anamnese não apresentou nenhum problema sistêmico e alterações em seu quadro de saúde. Ao perguntar se havia algo importante que ele quisesse relatar, ele mencionou que teria tentado suicídio há um tempo, que nos últimos meses estava desempregado e ainda, estava em conflito com a mãe do seu filho. Estava desmotivado em relação aos cuidados com a saúde bucal, tinha dificuldades de se relacionar com as pessoas e de forma discreta não conseguir um namoro por vergonha dos seus dentes.

Devido esta questão mencionada, concluiu-se que estaria lidando com uma pessoa frágil emocionalmente. Por esse motivo tentou-se criar um vínculo de confiança, já que o cirurgião-dentista não pode ignorar a parte emocional dos pacientes (MOTA; FARIAS; SANTOS, 2012). Sendo assim, foi explicada a importância de cada etapa do tratamento e mostrada a relevância da higienização, na frequência da escovação e também incentivando ao cuidado, para que o tratamento tivesse um bom andamento e ainda sim ele se sentisse bem estando na clínica.

No exame clínico foi constatado que o paciente estava com má higienização e que tinha necessidade de tratamento periodontal. De acordo com Lang e Lindhe (2018), o diagnóstico foi de Gengivite Associada Somente ao Biofilme, pois apresentou sangramento de margem gengival, gengiva eritematosa, sensibilidade ao toque e bastante biofilme, porém não apresentou profundidade de sondagem acima de 3mm.

O tratamento foi iniciado com uma escova nova e instrução de higiene oral. Na segunda consulta o paciente já se apresentava mais animado e com higienização muito melhor. Continuou-se o tratamento fazendo o controle do biofilme através de da Evidenciação do Biofilme com fucsina e profilaxia com contra ângulo, pasta profilática, escova de Robson e taça de borracha.

O prognóstico era bom, pois o paciente era colaborador e apresentou melhora rápida. Foi feito um programa de manutenção a cada trinta dias para manter a saúde gengival e reforçar a instrução de higiene oral.

Em relação à queixa principal, observei a ausência do elemento 24 e fratura coronária do elemento 36 como pode ser visto nas figuras 42 e 43. Segundo o paciente a perda do elemento seria devido a trauma na região e essa ausência o incomodava muito quando sorria ou conversava. Concluiu-se que a reabilitação deste dente provisoriamente seria uma urgência.

Figura 42 – Estado inicial



Fonte: Autor

Figura 43 – Radiografia panorâmica



Fonte: Autor

Para a reabilitação provisória, moldou-se o paciente com alginato obtendo o modelo para confeccionar a placa de Hawley. Esta placa é feita de resina acrílica, contendo grampos de Adams e arco vestibular e neste caso foram confeccionadas molas nas regiões dos elementos 11, 21 e 22, pois apresentavam oclusão topo a topo, como pode ser visto nas figuras 44 e 45. O movimento ortodôntico realizado foi o de inclinação.

Segundo Abrão et al. (2014) neste tipo de movimento a coroa e a raiz se movem em direções opostas em torno do centro de rotação da estrutura radicular. Esses são movimentos observados frequentemente quando se utilizam aparelhos removíveis. Na região do elemento 24, foi adaptado um dente de estoque como podemos ver na Figura 46. Escolhi este tipo de reabilitação, pois, a estética foi restabelecida apesar do arco vestibular, o espaço da região edêntula foi preservado, para posterior reabilitação com implantes e ainda, foi corrigida a oclusão topo a topo.

Figura 44 – Vista por palatina



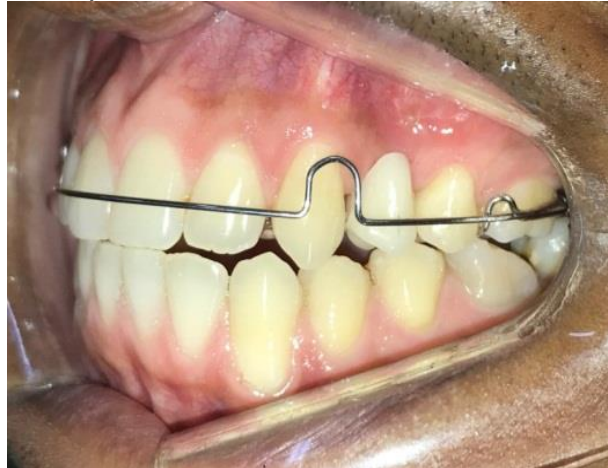
Fonte: Autor

Figura 45 - Vista por vestibular



Fonte: Autor

Figura 46 – Dente de estoque



Fonte: Autor

Com a reabilitação provisória, o paciente já apresentava entusiasmado com o tratamento e muito satisfeito, sorria ao relatar como a família e amigos gostaram da reabilitação e como se sentia à vontade em conversar com outras pessoas.

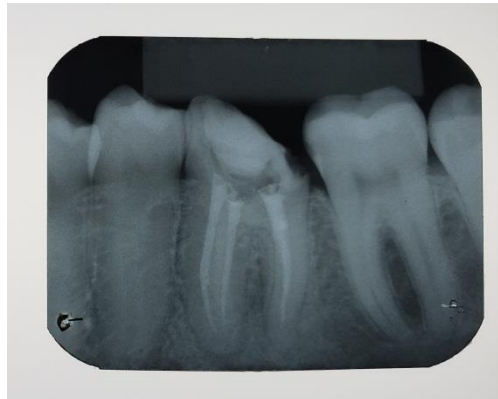
No elemento 36, observou-se que já havia feito o tratamento endodôntico e o dente estava com curativo. Esse dente precisou de aumento de coroa clínica, para restabelecer o espaço biológico, para que então iniciasse o tratamento protético. No aumento de coroa clínica, foi realizada a anestesia através da técnica pterigo-madibular e infiltrativas. Com a sonda milimetrada foi realizada a sondagem transsulcular e constatamos que o espaço biológico media 2mm por toda a face lingual do dente. Então, com lâmina de bisturi 15 c, foi realizada incisão intrassucular da região da mesial do dente 37, passando por toda a lingual do dente 36, terminando na região distal do dente 35 sempre preservando as papilas.

A segunda incisão, foi de remoção de 1mm de margem gengival da face lingual do dente 36. Após as incisões, foi feito o descolamento total e confirmado os 2mm de espaço biológico. Por isso foi necessário realizar a osteotomia da região. Utilizando a caneta de alta rotação e broca esférica 1013, removeu-se 2mm de osso em toda a face lingual e também distal, assim foi restabelecido o espaço biológico ideal de 3mm de acordo com Lindhe e Lang (2018). Após a osteotomia, a região foi irrigada com soro fisiológico. Iniciou-se a sutura, com pontos simples unindo a papila lingual e vestibular da região distal do dente 36 com fio de nylon 5.0. Houve boa cicatrização e o aumento de coroa foi efetivo, conseguimos um ganho de espaço para continuar o tratamento.

Segundo Almeida (2017), dentes com tratamento endodôntico são estruturalmente diferentes de dentes com vitalidade pulpar e, portanto, necessitam de um tratamento especializado, pois a perda de tecido pulpar e dentina, incluindo estruturas anatômicas como cúspides e o teto da câmara, pode levar à fraturas, devido à desidratação e à perda de características físicas.

Com isso, nesses casos, o uso de pinos intrarradiculares também é recomendado, promovendo, assim, retenção ao final do tratamento endodôntico. Desta forma, como pode ser visto na radiografia de estudo (Figura 48) optamos pelo tratamento com Núcleo metálico fundido (NMF) e posteriormente Coroa total metaloplástica.

Figura 48: Radiografia de estudo



Fonte: Autor

Trinta dias após a cirurgia de aumento de coroa, foi realizado o preparo para pino intrarradicular, como pode ser visto na figura 49 sendo o canal distal com ancoragem primária tendo o comprimento de obturação (CRO) 16mm e comprimento de trabalho (CT) 11mm e canais mesiais com ancoragem secundária tendo CRO 22mm e CT de 2mm, todas essas medidas respeitando o princípio de preparos intrarradiculares (LOPES; SIQUEIRA JR., 2004).

O preparo foi realizado da seguinte forma: anestesia infiltrativa para o conforto do paciente devido o grampo usado no isolamento absoluto. O curativo de demora foi removido e visualizada a entrada dos canais obturados. Após a colocação do isolamento absoluto foi iniciado o preparo com brocas largo 1. Em seguida foi feita irrigação com hipoclorito de sódio, broca largo 2, irrigação com hipoclorito de sódio, broca de largo 3 e irrigação com hipoclorito de sódio novamente. Após o preparo com as brocas largo, utilizamos a lima tipo Kerr 70 e algodão embebido em eucaliptol para

limpeza do preparo. Foi realizada a radiografia periapical para conferir a limpeza do preparo e outra radiografia periapical.

Figura 49: Preparo para pino realizado



Fonte: Autor

Realizado então o preparo para pino intrarradicular o próximo passo foi realizar a moldagem do conduto utilizando resina acrílica vermelha, um pinjet, pincel, pote Dappen. Foi feita a moldagem do conduto distal, sendo este o de escolha para a ancoragem primária. Já os canais mesiais foi realizada a segunda moldagem e, neste momento, unindo o molde distal com os mesiais através da parte coronária. O retentor intrarradicular de escolha foi o núcleo metálico fundido. O molde foi enviado para o laboratório de prótese para confecção do retentor

Na semana seguinte foi realizada a cimentação do Núcleo metálico fundido, utilizando o cimento de fosfato de zinco e logo em seguida o preparo coronário para coroa total metaloplástica. O preparo foi realizado da seguinte forma: término do preparo a 1 mm acima da margem gengival, iniciando com broca 1012, logo definindo os sulcos de orientação axiais nas faces vestibular e lingual utilizando broca 4138 na vestibular. Na face lingual e oclusal não realizamos os sulcos de orientação devido a perda da estrutura dentária. Para o desgaste proximal foi utilizada a broca 2200, permitindo a passagem de uma broca 2135 e finalizando, uni os sulcos de orientação e defini o término do preparo em chanfro na vestibular com broca 4138. Por último, realizei o acabamento com brocas 4138F na vestibular e 2135F nas proximais, de acordo com Volpato et al. (2012).

Utilizando a técnica artesanal foi confeccionada a coroa provisória. Não foi possível concluir o tratamento, pois não havia tempo suficiente para confecção e instalação da coroa metaloplástica.

O prognóstico desse tratamento foi bom. Em relação a ausência do elemento 24 conseguimos preservar o espaço para uma posterior reabilitação, melhoramos a estética e corrigimos a má oclusão. O dente 36 apesar de muitas intervenções e pelo tempo em que esteve exposto ao meio bucal, conseguimos recuperar o espaço biológico e melhorar a resistência com pino intrarradicular para uma instalação de coroa total. Tudo isso trouxe mais conforto para o paciente na função, como mastigação, trouxe estética e melhor estado psicológico.

3 AUTOAVALIAÇÃO

3.1 Autoavaliação: Danton M. F. Romaniello

Meu interesse por Odontologia começou primeiramente por ter minha mãe como dentista, e aumentou ainda mais quando eu tinha meus 14 anos de idade, pois nessa época me ofereci a ajudar minha mãe no consultório dela. Lá eu acompanhava todo tipo de procedimento feito, mesmo não entendendo tudo o que estava sendo feito ali, percebi que era algo que me despertava um certo interesse, o que me fez pensar na hipótese de ter a Odontologia como minha futura profissão.

Ao chegar a minha vez de prestar um vestibular, não tive dúvida ao optar pela Odontologia, pois além de ser uma área que tinha certa afinidade e em minha cidade natal possuir uma boa faculdade de Odontologia, tinha como inspiração minha família que poderia me apoiar a qualquer momento por estarem sempre por perto.

No decorrer do curso, pude ter certeza de que fiz a escolha correta, pois a minha afinidade com a Odontologia foi só aumentando e pude definir as áreas que possuo mais vocação e que pretendo exercer após concluir meu curso, sendo assim fui tomando cada vez mais gosto pela profissão.

Hoje me orgulho de ter escolhido a Odontologia como minha futura profissão, pois será algo que farei com enorme satisfação, além de poder trabalhar ao lado de minha mãe que tenho muito orgulho e admiração. Com certeza me empenharei muito para me especializar e estar sempre dando o meu máximo em qualquer tipo de serviço que for realizado.

3.2 Autoavaliação: Edésio José de Xisto

A Odontologia sempre foi para mim uma área fascinante, com a qual busco há 20 anos ter o mais íntimo contato possível. A proximidade com a mesma se deu através do curso de Técnico em Saúde Bucal, que só fez crescer meu interesse e admiração.

Tornar-me Cirurgião Dentista foi desde muito um grande sonho, porém, distante. Eis que a oportunidade de concretizá-lo se fez presente, e com ela os desafios e dificuldades, que por vezes, me fizeram cogitar a possibilidade de desistir.

Porém, além da oportunidade de cursar Odontologia e conhecer esse universo vasto e encantador, também conheci professores que tornaram essa trajetória mais amena e muito mais instigante, pelo incentivo, por tornar cada informação a respeito da minha área de estudo (os dentes) algo extremamente interessante e pela competência ao lecionar e trabalhar a parte clínica, que fizeram crescer a minha admiração pela área: gratidão ao professor Marcone Luiz Reis, por enriquecer sobremaneira a minha trajetória.

A despeito dos percalços presentes nessa caminhada, absorvi cada informação com extremo prazer e satisfação; as pedras inevitavelmente presentes, guardei-as, para que se tornassem a base sólida da construção desse sonho.

E hoje, tão próximo dessa concretização, a satisfação em me tornar capaz de restabelecer sorrisos foi imprescindível para que, junto, também tenha sido capaz de modelar o meu!

Vivenciada toda essa experiência, almejo não me limitar à construção do movimento mais perfeito do corpo humano – o sorriso – mas ir além da sedimentação de conhecimentos proporcionada e a possibilidade de aplicá-la ao executar os procedimentos aprendidos: é imperativo considerar o paciente na sua totalidade.

3.3 Autoavaliação: Eduardo Rodrigues Gomes

Durante minha infância e adolescência sempre tive aptidão em ajudar ao próximo, queria, em minha cabeça de menino, mudar o mundo para melhor, sabia que em minha existência não queria ser mais um. Com o passar de anos a dura realidade da vida me mostrou que isso não era possível, mas como dizia Mário Fortuna `` Eu não posso mudar o mundo, mas posso mudar a vida de alguém ´´, e a escolha de uma profissão para minha vida se baseava nesse quesito. Quando realizei a prova do vestibular de Odontologia, pesquisei e tive um contato um pouco maior do que era esse lindo ofício, me apaixonei, e decidi que iria continuar ajudando ao próximo, mas agora mudando e restabelecendo sorrisos.

Ao longo do curso vieram alguns empecilhos, como tudo na vida, mas a cada ano que se passava eu me sentia mais forte. Esses anos de graduação foram marcados com predominância de coisas maravilhosas, amizades que guardarei por

toda minha vida, professores que tenho como exemplo a ser seguido em minha profissão e enriquecedores conhecimentos adquiridos.

Hoje o sentimento de orgulho e satisfação de estar chegando ao fim desse ciclo enche meu coração, como tudo na vida são etapas, eu posso dizer que venci uma muito importante, e ressaltar o que dizia meu Avô: “Você pode ser o que quiser, basta correr atrás de seus sonhos”.

3.4 Autoavaliação: Igor Castro de Oliveira Reis

Ingressei no curso de Odontologia do UNILAVRAS em 2015 dando início em uma jornada espetacular, onde tive uma grande oportunidade de aprendizagem e conhecimentos proporcionado por professores excelentes, que durante esses anos de graduação me levaram a tornar um profissional.

Posso dizer que meu sonho está se transformando em realidade, pois desde a infância eu já tinha uma certa ligação com a Odontologia, eu observava minha tia Amélia trabalhando confeccionando próteses no laboratório, visitava o consultório odontológico do meu tio, e diante disso passei a demonstrar um certo interesse na área e conforme foram passando os anos eu tinha cada vez mais certeza em qual caminho seguir após o término do ensino médio, que sem sombras de dúvidas seria em escolher a Odontologia.

Portanto, acredito que fiz a escolha certa, é uma profissão que muda a vida das pessoas, através de nós que passamos anos nos dedicando para que isso de fato acontecesse, com a missão de cuidar da saúde bucal.

Pretendo futuramente montar meu próprio consultório odontológico, e me tornar um profissional bom, de qualidade do mercado de trabalho.

3.5 Autoavaliação: Lucas Vinícius Souza Prudente

Ao longo desses anos, tive grande crescimento, comecei o curso com displicência, tive infelicidades como reprovação em algumas matérias, sentimento de inferioridade a outros colegas, erros no começo dos atendimentos em clínica e esses eventos acabaram culminando na quase desistência do curso.

Mas graças as grandes amizades que construí nesses cinco anos e a grande pessoa que é o meu pai, retornei e aprendi que não se deve desistir nunca, pois acostumamos a desistir se desistimos uma vez, mas se enfrentamos, cada vez mais quebramos nossos limites e chegamos ao céu.

Escolhi relatar e documentar este caso, porque foi uma experiência que enriqueceu minhas habilidades na clínica e também foi o primeiro paciente em que tive um feedback completo dos tratamentos. Descobri quanta diferença faz um sorriso para uma pessoa, assim como um tratamento de qualidade, com educação, ética e aprendi que com esforço e prática, eu poderia realizar isto ao longo da minha vida profissional. Espero um dia ter um bom consultório, onde eu crie um bom nome e tenha prestígios como profissional, se o caminho me levar, quero também fazer mestrado e doutorado e passar a diante os conhecimentos adquiridos e, claro, também aprender muito na vida acadêmica como professor.

4 CONCLUSÃO

Acreditamos que cursar Odontologia tenha sido um sonho para todos integrantes deste trabalho, e chegar até aqui uma experiência igualmente impar e gratificante.

Tornar esse sonho realidade, não foi como nas estórias que ouvíamos quando éramos criança: fácil e divertido. As dificuldades estiveram presentes, e por vezes, nos deixaram desmotivados, temerosos em não conseguir concretizá-lo; mas diferentes das reações de quando éramos pequenos frente ao medo e adversidades, seguimos. Aqui estamos.

Ao relembrarmos e analisarmos nossa trajetória, percebemos o quanto evoluímos como profissionais e seres humanos. A insegurança ao atendermos o primeiro paciente na clínica, as mãos trêmulas ao segurarmos a caneta, a ansiedade por nossos procedimentos serem avaliados pelos professores, nada mais representam agora que os degraus necessários para nosso crescimento.

Através deles, moldamos os profissionais nos quais nos tornamos e passamos a considerar os pacientes não apenas como a ponte que nos possibilitou desenvolver as habilidades técnicas, mas uma oportunidade de enxergá-los como um todo.

Assim, como um espelho, olhamos para esses casos aqui apresentados e vemos o quanto somos capazes, mas também o quanto precisamos evoluir e nos empenhar para realizarmos de forma satisfatória uma simples restauração ou um procedimento mais complexo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÃO, J. et al. **Ortodontia preventiva – Diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2014.

ALMEIDA, F. M. **Avaliação comparativa entre os retentores intrarradiculares metálico fundido e pino de fibra de vidro: revisão bibliográfica**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Cirurgião-Dentista) – Universidade Estadual Paulista. São José dos Campos, 2017.

ANGLE, E. H. **Treatment of malocclusion of the teeth. Angle's System**. 7. ed. Philadelphia: The S.S. White, 1907.

ASSIF, D.; GORFIL, C. Biomechanical considerations in restoring endodontically treated teeth. **Journal of Prosthetic Dentistry**, St Louis, v. 71, n. 6, p. 565-567, 1994.

BARRETO, R. A.; BARRETO, M. A. C.; CORRÊA, M. S. N. P. Psicanálise e odontopediatria: ofício da comunicação. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 44, p. 83-89, dez. 2015.

BLANK-GONÇALVES, L. M. et al. Qualitative analysis of the removal of the smear layer in the apical third of curved roots: conventional irrigation versus activation systems. **Journal of Endodontics**, v. 37, p. 1268-1271, 2011.

BRANDESBURG, O. J.; MARINHO-CASANOVA, M. L. A relação mãe-criança durante o atendimento odontológico: contribuições da análise do comportamento. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 4, p. 629-640, out./dez. 2013.

BURLESON, A. et al. The in vivo evaluation of hand/Rotary/ultrasound instrumentation in necrotic, human mandibular molars. **Journal of Endodontics**, v. 33, p. 782-787, 2007.

CARDOSO, C. P. et al. Periodontite como fonte de inflamação para pacientes renais crônicos. **Brazilian Journal of Periodontology**, v. 28, n. 2, p. 14-18, jun. 2018.

CARVALHO, N. B. et al. Planejamento em implantodontia: uma visão contemporânea. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v. 6, n. 4, p. 17-22, out./dez. 2006.

DE ROUCK, T.; COLLYS, K.; COSYN, J. Single-tooth replacement in the anterior maxilla by means of immediate implantation and provisionalization: a review. **International Journal of Oral Maxillofac Implants**, v. 23, n. 5, p. 897-904, 2008.

FEISTAUER, M. A. V. et al. Associação entre interleucina-6 e doença renal crônica: uma revisão sistemática. **Revista de Ciências Médicas**, v. 26, n. 3, p. 107-116, 2017.

GOODMAN, A. et al. An in vitro comparison of the efficacy of the step-back technique versus a step-back/ultrasonic technique in human mandibular molars. **Journal of Endodontic**, v. 11, p. 249-256, 1985.

LANG, N. P.; LINDHE, J. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

LARA, T. S.; SANTOS, C. C. O.; SILVA FILHO, O. G. da et al. Programa de extrações seriadas: variáveis relacionadas com a extração de pré-molares. **Dental Press Journal of Orthodontics**, Maringá, v. 16, n. 5, p. 134-145, set./out. 2011.

LEAL, C. A. et al. Bucal manifestations ad dental care in patients with renal insufficiency. **Anais da jornada Científica e Cultural FAESA**, [S.I.], p. 57-59, Nov. 2018. Disponível em: < [http : //revista.faesa.br/revista/index.php/jornadaCientifica/article/view/307](http://revista.faesa.br/revista/index.php/jornadaCientifica/article/view/307)>. Acesso em: 21 abr. 2019.

LEE, S. J.; WU, M. K.; WESSELINK, P. R. The effectiveness of syringe irrigation and ultrasonics to remove debris from simulated irregularities within prepared root canal walls. **International of Endodontics Journal**. v. 37, p. 672-678, 2004.

LIMA, M.C.P.S.; VIEIRA, G.G.; DUARTE, D. A. Avaliação da condição periodontal em pacientes sob hemodiálise na cidade de Imperatriz- MA. **Arquivo de Medicina Hospital Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo**, v. 59, n. 3, p. 117-120, 2014.

LINS, S. M. et al.. Adesão de portadores de doença renal crônica em hemodiálise ao tratamento estabelecido. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 54-60, 2018.

LOPES, D. et al. Fatores de risco/ causais para insuficiência renal aguda em adultos internados em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 336-345, 2018.

LOPES, H. P., SIQUEIRA JÚNIOR, J. F. **Endodontia: biologia e técnica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

LUND, B. et al. Complex systematic review - Perioperative antibiotics in conjunction with dental implant placement. **Clinical Oral Implants Research**, Copenhagen, v. 26 Suppl, n. 11, p. 1-14, 2015.

MEDEIROS, N. H. et al. A insuficiência renal crônica e suas interferências no atendimento odontológico – revisão de literatura. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 26, n. 3, p. 232-242, set./dez. 2014.

METZLER, R. S.; MONTGOMERY, S. Effectiveness of ultrasonics and calcium hydroxide for the debridement of human mandibular molars. **Journal of Endodontics**, v. 15, p. 373-378, 1989.

MOTA, L. de Q.; FARIAS, D. B. L. M.; SANTOS, T. A. dos. Humanização no atendimento odontológico: acolhimento da subjetividade dos pacientes atendidos por alunos de graduação em Odontologia. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 48, n. 3, p. 151-158, jul./set. 2012.

PEREIRA, F. B.; AGUIAR, A. P. de; ALESSIO JR., L. E. et al. Extrações seriadas. **Revista FAIPE**, v. 8, n. 2, p. 1-7, jul./dez. 2018.

QUEIROZ, S. M. **Correlação entre índices radiomorfométricos da mandíbula e parâmetros bioquímicos em pacientes com doença renal crônica e hiperparatireoidismo secundário severo**. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Odontologia, 2018.

RAMOS, F. L. S. et al. Qualidade de vida de pacientes que retornam a hemodiálise após serem submetidos a um transplante renal. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 3, p. 17-30, 2018.

RISSATO, M.; TRENTIN, M. S. Aumento de coroa clínica para restabelecimento das distâncias biológicas com finalidade restauradora – revisão de literatura. **RFO**, Passo Fundo, v. 17, n. 2, p. 234-239, mai./ago. 2012.

RODRIGUES, M. I. de Q.; FROTA, M. M. A.; FROTA, L. M. A. Uso da irrigação ultrassônica passiva como medida potenciadora na desinfecção do sistema de canais radiculares – revisão de literatura. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 4, p. 320-324, out./dez. 2016.

RUAS, B. M. **Integralidade do cuidado para pacientes brasileiros em hemodiálise**: análise do acesso odontológico. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia. Belo Horizonte, 2017.

SANTOS, V. F. C. dos et al. Perceptions, meanings and adaptations to hemodialysis as a liminal space : the patient perspective. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 853-863, 2018.

SATTAPAN, B. et al. Defects in rotary Nickel-titaium files after clinical. **Journal of Endodontics**, v. 26, n. 3, p. 161-165, 2000.

SHILLINGBURG, H. T. et al. **Restauração protética de dentes tratados endodonticamente**. 2 ed. São Paulo: Quintessence, 1991.

SILVA, D. M. da et al. O corpo marcado pela fístula arteriovenosa : um olhar fenomenológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 2869-2875, 2018.

SILVA FILHO, O. G.; OZAWA, T. O.; ALMEIDA, A. M. de et al. Programa de extrações seriadas: uma visão ortodôntica contemporânea. **Revista Dental Press Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 6, n. 2, p. 91-108, 2001.

SOUSA, F. B. N. de et al. Pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise: tratamento e diagnóstico. **Revista de Investigação Biomédica**, São Luís, v. 10, n. 2, p. 203-213, 2018.

TORABINEJAD, M.; UNG, B.; KETTERING, D. In vitro bacterial penetration of coronally unsealed endodontically treated teeth. **Journal of Endodontics**, v. 16, p. 566-569, 1990.

TOVO, M. F.; FACCIN, E. S.; VIVIAN, A. G. Psicologia e Odontopediatria: contextualização da interdisciplinaridade no Brasil. **Aletheia**, v. 49, n. 2, p. 76-88, jul./dez. 2016.

TRAEBERT, E. S. A. **Aumento de coroa clínica:** uma alternativa de prevenção e solução de problemas periodontais relacionados a odontologia restauradora. 1997. 59 f. Monografia- Universidade do Vale do Itajai, Itajai, 1997.

VOLPATO, C. et al. **Próteses Odontológicas:** Uma visão contemporânea. Fundamentos e Procedimentos. São Paulo:Santos, 2012.

WOLFFE, G. N. et al. Lengthening clinical crowns — a solution for specific periodontal, restorative and esthetic problems. **Quintessence International**, v. 25, n. 2, p. 81-88, 1994.

XAVIER, S. S. de M. et al. In the current of life: the Discovery of chronic Kidney disease. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 841-51, 2018.