



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**GABRIEL AVELAR PEREIRA AMÉRICO
GABRIELA CARVALHO STEVANATO
KARINA MENDES NUNES DE OLIVEIRA
LETÍCIA NASCIMENTO NOGUEIRA
MAYRA FRANCISCA DE MATOS**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

**LAVRAS – MG
2019**



GABRIEL AVELAR PEREIRA AMÉRICO
GABRIELA CARVALHO STEVANATO
KARINA MENDES NUNES DE OLIVEIRA
LETÍCIA NASCIMENTO NOGUEIRA
MAYRA FRANCISCA DE MATOS

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

PROFESSORA

ProfªDrª Renata de Carvalho Foureaux

PROFESSOR

Prof. Dr. Douglas Campideli Fonseca

LAVRAS – MG
2019



GABRIEL AVELAR PEREIRA AMÉRICO
GABRIELA CARVALHO STEVANATO
KARINA MENDES NUNES DE OLIVEIRA
LETÍCIA NASCIMENTO NOGUEIRA
MAYRA FRANCISCA DE MATOS

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

Aprovado em ____ / ____ / ____

ORIENTADORA

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

Prof. Dr. Douglas Campideli Fonseca

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

Portfólio acadêmico / Gabriel Avelar Pereira Américo [et al.]; P849 orientação de Renata de Carvalho Foureaux. --
Lavras:

Unilavras, 2019.
80 f. : il.

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

1. Faceta de cerâmica. 2. Clínica infantil. 3. Odontologia integrada. 4. Pacientes especiais. I. Stevanato, Gabriela Carvalho. II. Oliveira, Karina Mendes Nunes de. III. Nogueira, Letícia Nascimento. IV. Matos, Mayra Francisca de. V. Foureaux, Renata de Carvalho (Orient.). VI. Título.

AGRADECIMENTOS

Gabriel Avelar Pereira Américo

Agradeço ao meu pai, por compartilhar esta profissão comigo, e me ajudar na escolha do caminho certo. A minha mãe por tornar tudo isto possível e me ajudar no dia-a-dia. Aos meus irmãos pelo companheirismo diário. A minha noiva, Bruna, por me ajudar todos os dias e estar sempre ao meu lado.

Agradeço aos meus professores, Renata, Lâner e Douglas pelas orientações ao longo deste trabalho e aos demais professores por toda atenção. A Unilavras e toda equipe por toda ajuda.

Gabriela Carvalho Stevanato

Primeiramente quero agradecer a Deus, por ter me dado força e me guiado até aqui. A minha mãe, Vilma, por todo carinho, compreensão, ajuda e apoio. Que sem dúvida nenhuma nada disso seria possível sem sua presença e esforço para me manter aqui. Ao meu pai Carlos Eduardo, que mesmo longe, esteve sempre presente, acreditando no meu potencial. Ao meu segundo pai José, que nunca mediu esforços pra me ver feliz e realizada, que acreditou em mim todos os dias e esteve ao meu lado em todas as dificuldades.

Aos meus irmãos José Henrique, Hellena e Lucas, que com todo o amor estiveram comigo em meu coração, sendo as minhas maiores saudades nesse período de graduação, o meu muito obrigada! A minha amada filha, Maria Thereza, que chegou transbordando meu coração de tanto amor, afeto, alegria e muito carinho. Obrigada por você existir, a mamãe te ama tanto que não existem palavras para explicar.

A todos os meus amigos que estiveram ao meu lado nessa caminhada em todos os momentos. Obrigada pelo carinho e compreensão, sou muito grata a todos vocês.

Agradeço aos meus professores por todos os ensinamentos e paciência nessa caminhada. Ao coordenador do curso Prof. Dr. Douglas Campideli Fonseca por todo apoio durante esses cinco anos. A minha orientadora Prof^a. Dr^a. Renata de Carvalho Foureaux por toda paciência, carinho e bom humor de ter me orientado tão bem para poder concluir este trabalho.

Karina Mendes Nunes de Oliveira

Agradeço a Deus, primeiramente, que me deu força para concluir esta etapa de minha vida. Aos meus pais Cristina e Francisco por todo amor e apoio, tornando esse sonho, de me tornar uma dentista, uma realidade. Agradeço aos meus avós Cida e Luiz por tudo que fizeram e fazem por mim, pelo carinho e amor. Aos meus irmãos e amigos de longa data que me acompanharam e aos amigos que fiz nesta cidade. Ao Diogo pelo companheirismo, compreensão e amor.

Agradeço também a professora Renata que com muita paciência e dedicação, ensinou não somente o conteúdo programado, mas também a conclusão deste trabalho. Ao professor e coordenador do curso Douglas, por todo conhecimento passado e por toda ajuda ao longo desses cinco anos. Aos demais professores pelos ensinamentos compartilhados. Aos colegas de sala e por fim ao Unilavras que me proporcionou a oportunidade de possuir um ensino superior e a expansão de meus horizontes.

Letícia Nascimento Nogueira

Agradeço a Deus pelo dom da vida, por me iluminar em todo esse caminho me fortalecendo em momentos difíceis e me guiando em cada direção.

Agradeço à minha mãe, a minha avó, por sempre acreditarem em mim, por me darem forças quando precisei, e por abraçarem meus planos e sonhos com muito amor e carinho, caminhando comigo lado a lado. Agradeço também ao meu avô, que mesmo não estando presente de corpo se fez presente de alma nessa etapa da minha vida. Sem vocês três nada seria possível.

Agradeço à minha orientadora Renata pela paciência, ensinamentos e conhecimentos transmitidos a mim durante esse portfólio. Agradeço à professora, Dr^a Luciana Fonseca de Pádua Gonçalves Tourino, por todo ensinamento, atenção e dedicação nessa etapa. Ao UNILAVRAS e todo o seu corpo docente, pela estrutura e ambiente familiar que nos proporcionaram um ensino de qualidade e condições necessárias para que alcançássemos nossos objetivos.

Mayra Francisca Mattos

Agradeço primeiramente a Deus e a Nossa Senhora por me sustentar e me permitir chegar até aqui. Aos meus pais, que sempre depositaram toda confiança em mim e me deram tanto apoio para a realização desse sonho, essa vitória é de vocês.

A minha Madrinha Maria, por toda preocupação. Ao meu Tio Sebastião, que mesmo não estando mas entre nós sempre se faz presente no meu coração e nos meus pensamentos, você é parte de tudo isso.

Estendo agradecimentos aos meus irmãos, muito obrigada por sempre estarem ao meu lado me fortalecendo. Aos meus sobrinhos, cunhados, tias, primos, avós, amigas, obrigada por acreditarem em mim. Ao Rian, obrigada por todo companheirismo e amor.

A minha eterna gratidão a orientadora desse trabalho, professora Dr^a Renata de Carvalho Foureaux, por todo apoio e ensinamento. A minha professora, Dr^a Luciana Fonseca de Pádua Gonçalves Tourino, por todo ensinamento, carinho e atenção. Ao meu paciente e sua mãe, obrigada por me permitirem esse crescimento dentro da Odontologia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tabela Porcelana x Resina Composta.....	13
Figura 2 - Escolha da cor a partir da coloração dos dentes.....	15
Figura 3 - Escolha da cor a partir da coloração dos dentes.....	15
Figura 4 - Kit de preparo de faceta.....	16
Figura 5 - Guias de silicone no modelo.....	16
Figura 6 - Guias de silicone no modelo.....	17
Figura 7 - Preparo com afastamento gengival.....	17
Figura 8 - Moldagem funcional com silicone de adição Panasil.....	18
Figura 9 - Modelo funcional no gesso Snow Rock 3D scan.....	19
Figura 10 - Programação no CAD-CAM.....	19
Figura 11 - Programação no CAD-CAM.....	20
Figura 12 - Programação no CAD-CAM.....	20
Figura 13 - Kit de cimentação.....	21
Figura 14 - Faceta recém cimentada.....	22
Figura 15 - Raio X panorâmico.....	24
Figura 16 - Prontuário confirmando os hábitos deletérios.....	25
Figura 17 - Ecocardiograma.....	29
Figura 18 - Receita do cardiologista.....	29
Figura 19 - Radiografia panorâmica.....	30
Figura 20 - Exame radiográfico elemento 11.....	32
Figura 21 - Provisórios da paciente.....	38
Figura 22 - Remanescentes coronários.....	39
Figura 23 - Remoção do colarinho de gengiva.....	41
Figura 24 - Descolamento total.....	41
Figura 25 - Suturas.....	41
Figura 26 - Pós-operatório com 30 dias.....	42
Figura 27 - Raio X: Desobturação do canal do dente 11.....	44
Figura 28 - Raio X: Odontometria.....	44
Figura 29 - Raio X: Lima memória.....	45
Figura 30 - Raio X: Pasta Callen com PMCC.....	45
Figura 31 - Raio X: Conometria.....	45
Figura 32 - Raio X: Obturação e preparo para pino imediato.....	46

Figura 33- Exame clínico realizado.....	53
Figura 34- Coroa metaloplástica cimentada.....	55
Figura 35- Paciente especial com Esclerose Tuberosa.....	58
Figura 36- Declaração da ABET.....	59
Figura 37- Tomografia de Crânio.....	61
Figura 38- Tomografia de Crânio.....	61
Figura 39- Cariótipo.....	62
Figura 40- Exame clínico.....	63
Figura 41- Raio X periapical dos incisivos centrais 51 e 61.....	63
Figura 42- Exame de biofilme.....	64
Figura 43- Elemento 75.....	67
Figura 44- Elemento 61.....	67
Figura 45- Elemento 61 restaurado.....	68
Figura 46- Despedindo do paciente.....	69

SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. Casos Clínicos	12
2.1. Caso Clínico Gabriel Avelar Pereira Américo	12
2.1.1. Apresentação.....	12
2.1.2. Caso Clínico.....	12
2.2. Caso Clínico Gabriela Carvalho Stevanato	23
2.2.1. Apresentação.....	23
2.2.2. Caso Clínico.....	24
2.3. Caso Clínico Karina Mendes Nunes de Oliveira	28
2.3.1. Apresentação.....	28
2.3.2. Caso Clínico.....	28
2.3.2.1. Anamnese.....	30
2.3.2.2. Insuficiência Mitral Crônica.....	32
2.3.2.3. Insuficiência Aórtica.....	33
2.3.2.4. Insuficiência da Valva Tricúspide.....	34
2.3.2.5. Profilaxia antibiótica.....	35
2.3.2.6. Desenvolvimento do Caso Clínico.....	36
2.4. Caso Clínico Letícia Nascimento Nogueira	46
2.4.1. Apresentação.....	46
2.4.2. Caso Clínico.....	47
2.4.2.1. Tuberculose.....	47
2.4.2.2. Câncer de Mama.....	49
2.4.2.3. Aneurisma Cerebral.....	50
2.4.2.4. Hipertensão.....	51
2.4.2.5. Alergia a Sulfas.....	52
2.4.2.6. Desenvolvimento do Caso Clínico.....	52
2.5. Caso Clínico Mayra Francisca de Matos	56
2.5.1. Apresentação.....	56
2.5.2. Caso Clínico.....	56
2.5.2.1. Esclerose Tuberosa.....	59
2.5.2.2. Tratamento Odontológico.....	62
2.5.2.3. Tratamento Restaurador.....	64

3. Auto Avaliação	70
3.1. Gabriel Avelar Pereira Américo.....	70
3.2. Gabriela Carvalho Stevanato.....	70
3.3. Karina Mendes Nunes de Oliveira.....	71
3.4. Letícia Nascimento Nogueira.....	71
3.5. Mayra Francisca Mattos.....	72
4. Conclusão	74
Referências Bibliográficas	75

1. INTRODUÇÃO

A Odontologia é uma área da saúde que atua de forma integral. Promove, previne e recupera a saúde bucal do indivíduo, tratando-o fisicamente, psicologicamente e funcionalmente.

Durante o curso de graduação, buscamos aperfeiçoar nossos conhecimentos para, posteriormente, enfrentarmos o mercado de trabalho e percebermos a necessidade individual de cada um, já que iremos lidar com pessoas. Precisamos não só entender as doenças, mas sim o ser humano como um todo.

Ao longo destes cinco anos, tivemos a oportunidade de conhecer e conviver com profissionais extremamente capacitados, que não mediram esforços para compartilhar conosco todo o conhecimento necessário para nossa formação. Temos muito orgulho de todo aprendizado adquirido com nossos professores e que daqui a pouco, serão nossos colegas de profissão.

O aluno Gabriel Avelar optou por relatar um caso clínico que iniciou-se durante a disciplina de estágio supervisionado, na Clínica Odontologia da Universidade Federal de Lavras - UFLA, e foi concluído durante as Atividades Vocacionais de Prótese. Durante a apresentação do tratamento será discutido como recursos odontológicos modernos podem facilitar e motivar o profissional. A capacidade da Odontologia em promover saúde e qualidade de vida através de uma autoestima recuperada também será pontuada.

A aluna Gabriela Carvalho Stevanato escolheu relatar um caso clínico que presenciou na Clínica de Odontopediatria, no ano de 2018, em que o paciente tinha necessidade de vários procedimentos, de diversas áreas da Odontologia. Ao longo do relato, serão abordadas as dificuldades e aprendizados consolidados durante todo o tratamento.

A aluna Karina Mendes Nunes de Oliveira escolheu como tema um caso clínico vivenciado na Clínica Integrada do 7º e 8º período, em que pode atender de forma integrada, as áreas da Periodontia, Endodontia e Prótese. Foram procedimentos que fortaleceram seus conhecimentos teóricos e práticos, além de reforçarem seu interesse e gosto pela Odontologia.

A aluna Letícia Nascimento Nogueira escolheu relatar um caso clínico na área de Pacientes Especiais, em que foi realizado um breve procedimento na paciente, uma prótese fixa que já havia um núcleo metálico fundido. Foi uma experiência que

enalteceu seu crescimento pessoal devido às condições de saúde da paciente e sobre todas as dificuldades que permearam o tratamento.

A aluna Mayra Francisca de Matos escolheu como tema um caso vivenciado na clínica de Pacientes Especiais, no 9º período, em que teve a oportunidade de aprimorar seus conhecimentos por meio de todas as debilidades ou limitações que seu paciente apresentava, trazendo assim, uma ótima experiência pessoal e profissional.

Neste portfólio, iremos apresentar nossos casos clínicos e experiências que contribuíram grandemente ao longo de nossa formação acadêmica.

2. CASOS CLÍNICOS

2.1. Caso Clínico Gabriel Avelar Pereira Américo

2.1.1. Apresentação

Nasci em Lavras-MG, contudo minha família morava em Alfenas-MG naquela época, dado que meu pai possuía consultório e vínculos familiares nesta cidade. Aos 4 anos de idade minha família regressou a Lavras, onde moro até os dias atuais. Tenho 30 anos e ingressei no curso de Odontologia ao início do ano de 2015, no Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS. Jamais havia pensado cursar esta graduação e havia começado outros cursos de Engenharia em Juiz de Fora e Belo Horizonte. Após perceber que ainda não tinha encontrado o caminho certo, meu pai, que é cirurgião dentista há muitos anos, me sugeriu que seguisse seu caminho, foi aí que me inscrevi no vestibular e posteriormente dei início ao curso.

Cada vez mais tenho percebido que fiz a escolha certa. Tenho acompanhado meu pai semanalmente em seu consultório, que tem como especialidade prótese dentária e atua com o sistema CAD-CAM. São experiências de grande riqueza que têm contribuído muito em minha formação como profissional.

2.1.2. Caso Clínico

O caso clínico em questão foi iniciado durante o estágio obrigatório na clínica de Odontologia da Universidade Federal de Lavras (UFLA). Como esta é uma clínica somente de atendimento básico, a paciente foi transferida para atendimento na Clínica Odontológica do UNILAVRAS, no período de 22/04/2019 a 06/05/2019, na disciplina de atividades vocacionais de Prótese com a supervisão do professor Lâner Botrel.

Paciente do sexo feminino queixava-se de dentes escuros e uma mancha em uma restauração Classe IV em seu Incisivo central superior direito (11), dizia-se muito incomodada em sorrir, sempre tentando esconder o dente ao fazê-lo. Além disso, estava frustrada com as constantes trocas de resina que tinham que ser feitas em decorrência das manchas que apareciam com média de um ano. Foi explicado para a paciente que sua condição de fumante era provavelmente um fator para o escurecimento dos dentes e a rápida mudança de cor da resina, como concluiu Takeuchi (2007), em sua pesquisa, “é possível observar que a fumaça de cigarro foi capaz de alterar além das propriedades ópticas as propriedades mecânicas das estruturas dentais e materiais restauradores estéticos”. (TAKEUCHI, 2007, p.88).

O tratamento proposto foi um clareamento, que já era uma vontade da paciente, e faceta de cerâmica pura no elemento 11, aproveitando o bom formato do dente, mas escondendo a cor que não agradava. Devolver a autoestima de pacientes é algo essencial, pois está diretamente ligado com a melhora da qualidade de vida, conceito este relacionado a uma boa saúde. (SAÚDE BEM ESTAR, 2015).

Outra possibilidade de tratamento seria a restauração em resina composta, que possui sim algumas vantagens sobre as facetas de porcelana. Toda essa informação é dada a paciente e cabe a ela decidir se quer ou não se submeter ao tratamento proposto. A Figura 1 relaciona porcelana e resina composta destacando vantagens e desvantagens entre os dois materiais.

Figura 1 - Tabela Porcela x Resina Composta

	Porcelana	Resina Composta
Estabilidade de Cor	+	×
Polimento e Porosidade	+	×
Integridade Marginal	+	×
Resistência	+	×
Tempo de confecção	×	+
Custo	×	+
Abrasividade	×	+
Deformações Plásticas	+	×
Reparos Intra Oraís	×	+
Longevidade	+	×

Fonte: Elaborada pelo autor por meio de informações obtidas em Cunha (2013)

A faceta de cerâmica foi escolhida pela paciente após esta ter todas as informações sobre os tratamentos possíveis. Sua frustração em relação a constantes trocas de resina foi um fator decisivo. Sem contar também que a rapidez do tratamento e menor custo, que são vantagens da resina composta, não seriam levados em conta, já que o tratamento seria gratuito e a velocidade não seria muito diferente graças a disposição do CAD/CAM.

Nesta primeira consulta além da anamnese e de uma avaliação geral, da condição da saúde bucal, foi feita uma adequação do meio oral, com raspagem de

cálculo supragengival e remoção de manchas de nicotina com ajuda de um aparelho ultrassom. Foi indicado a paciente o uso de um clareador caseiro, "whitenessperfect" 22, já que a paciente possuía uma moldeira para esse fim. A importância de não fumar, para o sucesso do tratamento, foi reforçada mais uma vez.

O planejamento foi feito dispondo de recursos modernos da Odontologia com objetivo de trazer conforto para paciente e profissional, estimulando ambos pela praticidade e velocidade do tratamento. Uso de materiais novos e tecnologias atuais, não só facilitam etapas do trabalho, mas também mantém o dentista motivado com a profissão, como conclui Bruno Sotto (2018):

O uso da tecnologia CAD/CAM para confecção de próteses fixas tem se mostrado vantajoso tanto por questões financeiras, quanto pela praticidade e agilidade de tratamento; possibilitando os cirurgiões-dentistas a realizarem tratamentos mais eficazes, com maior precisão e menor tempo. Portanto, cabe a nós definirmos o quão importante é a nossa inserção neste workflow digital, analisando nossa área de atuação e o mercado ao qual estamos inseridos. Desta maneira, independente da escolha do fluxo de trabalho, analógico ou digital, estaremos conscientes da busca constante pelo melhor atendimento. (SOTTO, 2018, p.33)

Para o tratamento ser concluído foram planejadas três sessões clínicas mais as etapas laboratoriais, todas realizadas pelo aluno, descritas abaixo.

Sessão um - 03/06/2019:

Primeiramente foi feita a escolha da cor da peça protética que seria confeccionada, já que o clareamento já havia sido concluído como ilustram as Figuras 2 e 3. Posteriormente uma moldagem funcional, isso porque o dente seria escaneado, assim o programa do CAD-CAM que permite modelar, projetar e fabricar objetos em processos industriais, também tem sido utilizado na Odontologia para a confecção de restaurações inlays, onlays, coroas, laminados, próteses parciais fixas e implantes, criaria uma cópia do formato original do dente. (SOTTO, 2018).

Neste aparelho usaria o recurso de cópia biogénica, aproveitando o formato original do dente. A cópia biogénica tem a preferência dos profissionais pela economia de tempo, principalmente na edição de forma das restaurações. (PÁDUA; TELES, 2017).

O material de moldagem escolhido foi o silicone de adição Panasil Light®, para arcada superior, pois este apresenta propriedades superiores de cópia, e permite o vazamento do gesso mais de uma vez. Como a proposta era terminar o

trabalho em poucas sessões, caso algo desse errado no vazamento do gesso, este poderia ser refeito sem a necessidade de mais uma moldagem.

Em casos de oclusão estável o recurso de cópia biogénica permite a confecção da peça protética sem modelo antagonista. (PÁDUA; TELES, 2017). O uso da tecnologia, como já descrito, ajuda na aceleração do atendimento e no conforto do profissional.

Figuras 2 e 3 - Escolha da cor a partir da coloração dos dentes



Fonte: Elaboradas pelo autor (2019)

- Primeira Etapa Laboratorial:

Nesta etapa foi realizada a confecção do modelo utilizando gesso especial Snow Rock 3D scan, que permite ao scanner uma tomada fácil de imagens, sem necessidade do spray de contraste. Com modelo em mãos foi feito o escaneamento e confecção de guias de silicone para auxiliar no preparo do dente.

Sessão dois - 10/06/2019:

Nesta sessão foi realizado o preparo para o elemento 11, sendo consideradas também as condições necessárias para restabelecimento da cor adequada. Como a mancha não passava do terço incisal, para maior facilidade do trabalho e de posterior manutenção da condição periodontal pela paciente, a linha de término foi feita supra-gengival, assim também mantendo maior quantidade possível de estrutura dentária.

Antes de iniciar o preparo propriamente dito, a paciente foi anestesiada já que tanto o preparo em si, quanto o afastamento gengival com os fios retratores trazem certo desconforto. O bem estar garantido do paciente é algo que permite ao profissional uma certa segurança no procedimento.

A mancha da resina era superficial, e desapareceu após poucos milímetros de desgaste. O preparo foi realizado com kit de brocas próprio para facetas (Figura 4) e teve 0,5 mm de profundidade, as guias de preparo auxiliaram para garantir volume adequado ao material protético, como ilustrado nas Figuras 5 e 6, a linha de término ficou localizada próximo a gengiva. A Figura 7 mostra como ficou o preparo, com o fio retrator ainda em posição. Logo após foi realizado a moldagem funcional da arcada superior, mais uma vez com silicone de adição (Figura 8).

Figura 4 - Kit de preparo de faceta



Fonte: Elaborada pelo autor (2019)

Figuras 5 - Guias de silicone no modelo



Fonte: Elaborada pelo autor (2019)

Figura 6 - Guias de silicone no modelo



Fonte: Elaboradas pelo autor (2019)

Figura 7 - Preparo com afastamento gengival



Fonte: Elaborada pelo autor (2019)

Figura 8 - Moldagem funcional com silicone de adição Panasil



Fonte: Elaborada pelo autor (2019)

O tratamento rápido proposto pelo CAD/CAM e o consentimento da paciente permitiu que a faceta fosse cimentada no mesmo dia da realização do preparo. A paciente permaneceu sem provisório enquanto a prótese era confeccionada.

- Segunda Etapa Laboratorial:

Foi realizado o vazamento do segundo molde com gesso Snow Rock 3D scan do modelo anterior (Figura 9). Com esse modelo em mãos foi feito o escaneamento e assim houve o registro no programa de dois modelos virtuais, o primeiro com o dente no formato desejado e o segundo do preparo.

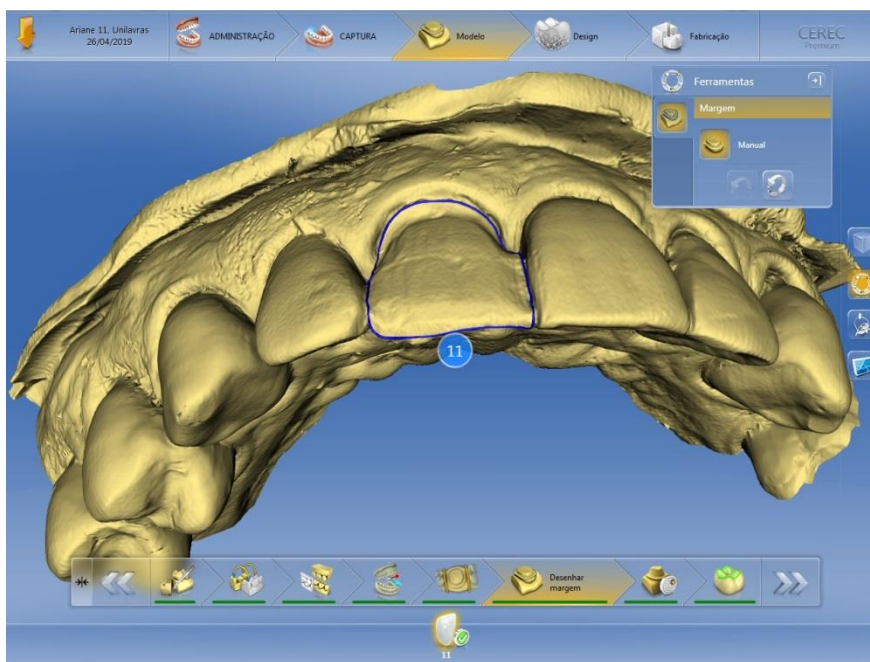
Figura 9 - Modelo funcional no gesso Snow Rock 3D scan



Fonte: Elaborada pelo autor (2019)

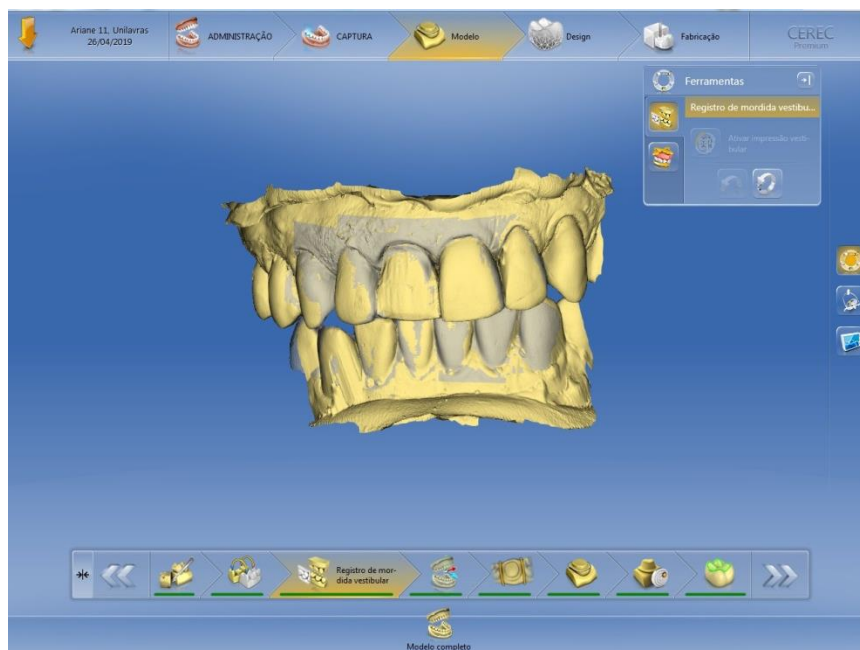
A próxima etapa foi a programação propriamente dita no sistema CAD-CAM da Sirona (pelo aparelho Cerec), utilizando o programa SW4.5.1. Escolheu-se a cópia biogénica. As Figuras 10, 11 e 12 mostram algumas etapas da programação:

Figura 10 - Programação no CAD-CAM



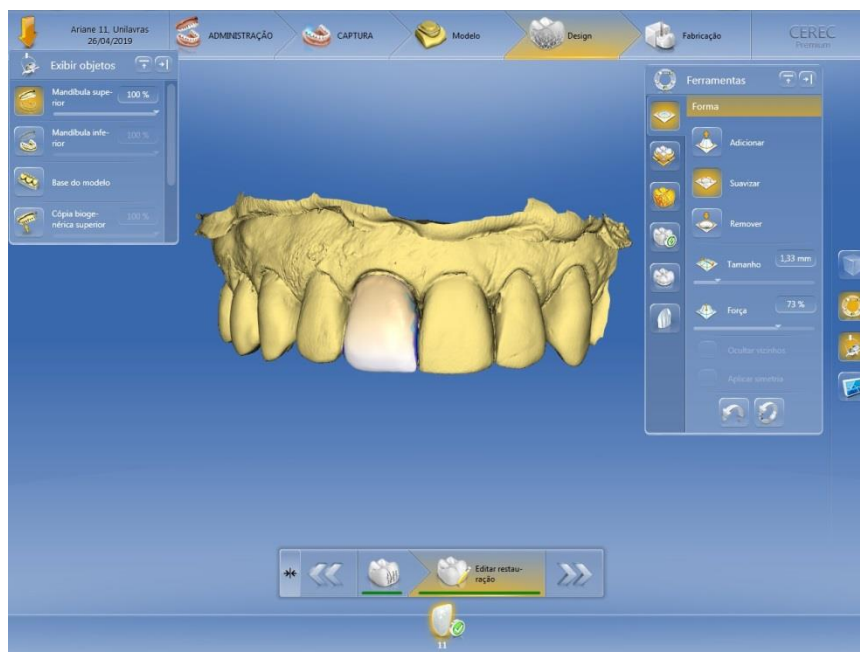
Fonte: Elaborada pelo autor (2019)

Figura 11 - Programação no CAD-CAM



Fonte: Elaborada pelo autor (2019)

Figura 12 - Programação no CAD-CAM



Fonte: Elaborada pelo autor (2019)

O Bloco escolhido Express CAD de cerâmica feldspática reforçada por leucita na cor B14, que permite estética excelente indicada para facetas de anteriores. (PÁDUA; TELES, 2017). A fresadora gastou menos de 10 minutos para

fabricar a peça, após isso se dá um polimento final utilizando borrachas próprias para porcelana.

Sessão três - 10/06/2019:

Esta sessão de conclusão do trabalho começou com a prova da peça protética, verificou-se a adaptação á linha de término, a cor e os contatos proximais. Com a confirmação da adequação da faceta, foi feito um teste para escolher o cimento, utilizando os chamados *try-ins*, que imitam a cor do cimento, para que não haja alteração da cor da peça protética após a cimentação. A Figura 13 mostra o kit de *try-ins* e cimentos a disposição para o caso.

Figura 13 - Kit de cimentação



Fonte: Elaborada pelo autor (2019)

Feita a escolha do cimento fez-se o condicionamento da porcelana nos seguintes passos: condicionamento com ácido fluorídrico por 1 minuto, lavagem da peça com auxílio de ácido fosfórico 37%, aplicação do silano e após este secar, aplicação do adesivo Single Bond 2 da 3M® e fotoativação.

Antes de começar o condicionamento do dente a paciente foi anestesiada e realizou-se um isolamento relativo. O condicionamento foi feito com ácido fosfórico 37% adesivo single Bond 2 (primer mais adesivo) da 3M® e fotoativação.

Bastava então cimentar a peça. O cimento escolhido foi o Variolink Esthetic® da Ivoclar, um cimento resinoso fotopolimerizável, que “pode ser utilizado nas cimentações em que a luz do fotopolimerizador é capaz de atravessar a restauração

com intensidade adequada”. (PÁDUA; TELES, 2017, p.65). As vantagens desse cimento são “elevada e longa estabilidade de cor e controle do tempo de trabalho, o que os torna os materiais de eleição para a cimentação de facetas”. (PÁDUA; TELES, 2017, p.65).

Feita a cimentação é importante remover todo excesso do cimento, antes da completa polimerização. Com a faceta devidamente cimentada voltou a ser explicada à paciente a importância de não fumar e quantos benefícios, além dos odontológicos, o abandono do hábito traria à sua saúde. Foram reforçados também as instruções de higiene oral e como isso afetaria o tratamento e explicou-se que apesar de finalizado o trabalho, consultas de manutenção ainda são necessárias, apesar de o prognóstico ser extremamente favorável graças as propriedades já discutidas da porcelana.

Figura 14 - Faceta recém cimentada



Fonte: Elaborada pelo autor (2019)

Esse tipo de trabalho é extremamente gratificante para o profissional, o uso da tecnologia e dos novos materiais a favor do dentista é extremamente motivador. Estes recursos não são só práticos e facilitadores do trabalho odontológico, como também proporciona um serviço de qualidade refinada. Além destes benefícios, o profissional se sente motivado a continuar se aprimorando e buscando novos recursos que estão em evolução constante. Entretanto a verdadeira sensação de

realização profissional vem com a satisfação da paciente, dado que esta ficou extremamente agradecida e motivada a sorrir novamente, tendo dessa forma sua autoestima renovada.

2.2. Caso Clínico Gabriela Carvalho Stevanato

2.2.1. Apresentação

Meu nome é Gabriela Carvalho Stevanato, tenho 22 anos, ingressei no curso de Odontologia do Centro Universitário de Lavras em 2015, quando pude começar a realizar o sonho de me tornar uma profissional da saúde. Nesses cinco anos, aconteceram muitas mudanças em minha vida pessoal, e através delas tive a oportunidade de amadurecer, conhecer uma realidade diferente e ter mais vontade ainda de concretizar o meu propósito: Ser uma profissional capacitada.

No primeiro semestre de 2018, ao ingressar na Clínica de Odontopediatria me deparei com uma criança que já realizava tratamento há algum tempo na instituição, mas que apesar disso, apresentava uma má higiene oral e gravíssimas lesões de cárie. Além de ser um caso interessante para ser relatado, criei um vínculo com a criança, chegando a conclusão que não poderia ser apenas mais um paciente a ser atendido por mim, mas sim, o paciente que me inspiraria a ser uma profissional não só capaz de ver doenças, mas sim, de avaliar os medos, necessidades e ansiedades dos meus pacientes e das pessoas que me cercam. Aprendendo a me preocupar com a percepção do outro para assim reconhecer suas diferenças.

De acordo com Soares et al. (2016) a anamnese é de extrema importância, não somente para ter conhecimentos básicos sobre o paciente, como seus aspectos físicos e limitações, mas também para saber sobre seu histórico familiar, psicológico, suas ansiedades e medos. Através da colaboração profissional com respeito, interesse, autenticidade e compreensão empática há uma abordagem biopsicossocial em que temos o cuidado com todas as necessidades do paciente, sendo físicas ou psicológicas.

Preconizar o cuidado além da doença e do biológico é de extrema importância para a criação da relação profissional-paciente, abranger os princípios que se inspiram no respeito do próximo e na dignidade da pessoa humana devido ao fato de que o ser humano tem seu patrimônio social, que incorpora o patrimônio hereditário que se completa com as influências e, condiciona a complexidade

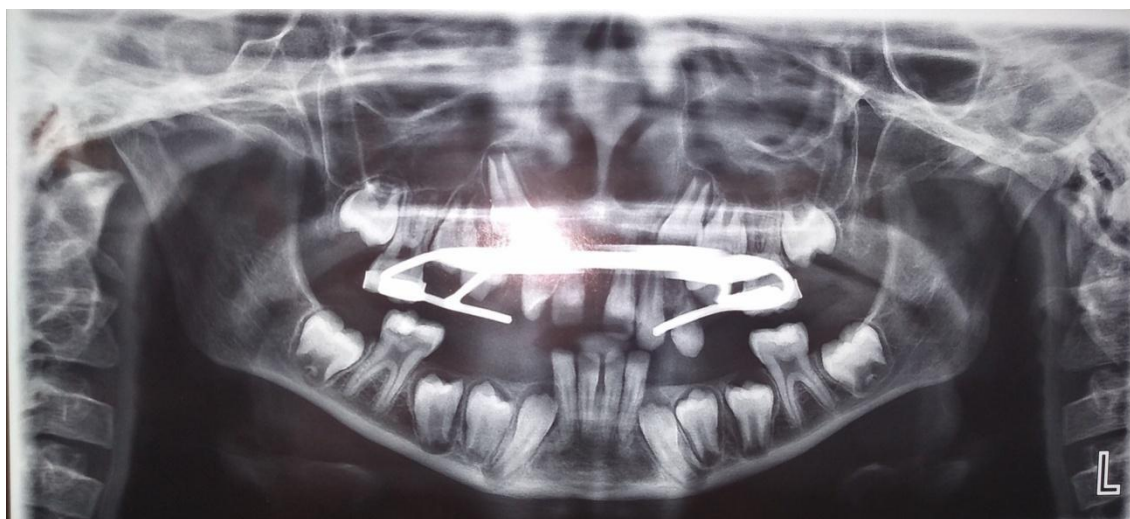
individual. Construir uma boa relação onde há confiança, reciprocidade e bem estar de ambos tem uma grande influência no sucesso do tratamento. (SOARES et al., 2016).

2.2.2. Caso Clínico

Paciente, 12 anos, sexo feminino, foi encaminhada para a Clínica de Odontologia do Centro Universitário de Lavras em 2014 para tratamento odontológico.

A situação inicial eram vários elementos cariados, em que muitos foram extraídos para que futuramente não causassem danos aos permanentes e, posteriormente, a cimentação de um disjuntor de maxila e um arco lingual para a correção da mordida cruzada posterior e a perda precoce dos dentes decíduos (Figura 15).

Figura 15 - Raio X Panorâmico



Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Como listado no prontuário, a paciente perdeu precocemente os dentes decíduos. Segundo Nóbrega, Barbosa e Brum (2018):

A perda de um dente decíduo é considerada precoce ou prematura quando ocorre antes do tempo de sua esfoliação normal, quando é perdido antes que seu sucessor permanente tenha começado sua erupção. Além de serem excelentes “mantenedores de espaço naturais”, também atuam nas funções de oclusão, fonação, mastigação, articulação e estética. Sendo responsável pela correta evolução do sistema mastigatório.(...)Diante da perda precoce, deve-se recorrer aos mantenedores de espaço, que podem ser classificados de acordo com o tipo, em removíveis e fixos e, de acordo com a função, em funcionais e não funcionais. A escolha desses aparelhos deve ser baseada na idade do paciente, grau de cooperação, higiene bucal e anseios da criança e seus responsáveis, sendo que, para a indicação e planejamento da manutenção de espaço ideal após a perda precoce dos dentes decíduos anteriores, três fatores devem ser considerados: exames clínicos, radiográficos e análise de modelos de estudo. (NÓBREGA; BARBOSA; BRUM, p. 48, 2018)

A paciente fez uso de chupeta e mamadeira até os nove anos de idade, implicando negativamente na sua arcada (Figura 16). De acordo com Souza et al. (2016):

Os hábitos bucais deletérios, como a deglutição atípica, hábitos de sucção e respiração bucal são comuns e são condições que proporcionam o desenvolvimento de más oclusões. Então, torna-se indispensável o diagnóstico precoce, para interceptar precocemente das más oclusões e consequentemente remoção do hábito. Sendo necessário que o Cirurgião-Dentista oriente os pais a respeito dos hábitos bucais, para que sejam removidos mais cedo e para que fisiologicamente as más oclusões voltem ao normal.(SOUZA et al., p. 15, 2016)

Figura 16 - Prontuário confirmando os hábitos deletérios

3.7. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA			
HÁBITOS DELETÉRIOS			
Faz uso de Chupeta	(S)	S/N	
Já fez uso de Chupeta	(S)	S/N	Até que idade: _____
Faz uso de mamadeira	(S)	S/N	
Já fez uso de mamadeira	(S)	S/N	Até que idade: <u>9 anos</u>
Tem o hábito de succionar o dedo?	(N)	S/N	
Já teve o hábito de succionar o dedo?	(N)	S/N	Até que idade: _____
Onicofagia	(N)	S/N	
Succiona a língua	(N)	S/N	
Interposição da língua entre os dentes	(N)	S/N	
Bruxismo	(N)	S/N	
Coloca objetos na boca	(N)	S/N	Morde os lábios () S/N
Outros			Arranca cabelos () S/N

Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Comecei a atender a paciente no primeiro semestre do ano de 2018 e durante o decorrer dos dias pude aprender, conviver e entender uma realidade totalmente diferente do que eu estava acostumada a presenciar. Em nossa primeira consulta, fiz o exame clínico e me assustei com a situação bucal da mesma pois, só haviam

os dentes anteriores, superiores e inferiores, e os molares permanentes, que estavam todos cariados.

Além das lesões cárias e uma higiene precária encontrei uma espessa camada de biofilme, que é formado a partir de uma película adquirida proveniente das glicoproteínas salivares. De acordo com Junior, Gonçalves e Correia (2015):

A característica patogênica principal da placa bacteriana supra gengival reside no fato de, tendo alta porcentagem de *Streptococcus mutans*, induzir a cárie em superfícies lisas dos dentes. Isso explica pelo fato de esse microrganismo, sendo anaeróbio facultativo, permanecer em íntimo contato com a superfície dentária. (JUNIOR; GONÇALVES; CORREIA, p.36, 2015)

Segundo Guedes-Pinto e Mello-Moura (2016), com o acúmulo excessivo de biofilme, os microrganismos começam a entrar em contato com os tecidos periodontais. “O grau de intimidade entre as bactérias e as superfícies dos tecidos periodontais do hospedeiro pode ser caracterizado em três tipos diferentes: associação, que implica uma fixação bacteriana reversível (possível característica da colonização subgengival por espiroquetas); adesão, que significa uma adesão mais estável mediada por mecanismos específicos (colonização por *Micromonas micros* nas células do sulco gengival); e invasão, que se constitui de uma relação mais íntima bactéria- hospedeiro. A *actinomyces comitans*, por exemplo, podem invadir os tecidos periodontais nos casos de periodontite agressiva localizada.” O desenvolvimento da periodontite envolve a destruição dos tecidos periodontais de suporte, podendo ser localizada ou generalizada. (GUEDES-PINTO; MELLO-MOURA, 2016)

Com o passar dos dias, fui conhecendo a criança e criando um vínculo com a mesma. Considero que foi muito difícil pelo fato dela ser uma pessoa que fala pouco e bem quieta. O profissional deve saber lidar com situações fora do seu cotidiano, perceber que alguns procedimentos podem causar um grande impacto psicológico no paciente, assim sendo, é necessário que se tenha segurança, destreza e a colaboração do paciente, para conseguir que o tratamento seja eficaz. Existem técnicas que nos ajudam a fazer o paciente colaborar, como controlar a voz, falar-mostrar-fazer, que apesar de ser uma técnica simples é bastante eficaz. Escolher uma adequada linguagem para conversar com o paciente é fundamental. Se tudo isso sair dentro do esperado teremos uma interação melhor com o paciente e conseguiremos alcançar uma confiança mútua. (ALBUQUERQUE et al., 2010)

A situação sócio econômica e o histórico familiar influenciam muito na situação da paciente pois, a mesma não tem contato direto com os pais e vive com a tia avó que já é idosa. Segundo Guedes-Pinto e Mello-Moura (2016):

Os desajustes familiares são um dos aspectos mais importantes que se deve considerar ao se recolherem os dados preliminares da criança. As crianças, cujas famílias apresentam desajustes crônicos, contínuos, trazem problemas que podem variar de intensidade, dependendo de uma série de fatores. Os desajustes familiares podem, quando confirmados, influenciar no comportamento da criança no consultório e durante a consulta. Podemos associar a condição bucal da mesma de acordo com o meio em que ela vive, onde não há pessoas que influenciam a ter um cuidado adequado com a cavidade bucal, onde não há alguém para incentivar a escovação diária e o uso do fio dental o que tem implicações potenciais para a saúde bucal da criança. Mesmo com todo o avanço da Odontologia nos últimos anos, ainda temos pessoas que só procuram o dentista para curar suas necessidades dentais e não para preveni-las. E essa realidade está presente nesta paciente, que possui muitas cáries, não tem uma dieta adequada e mesmo assim ainda não entende que tem um problema extremamente sério. (GUEDES-PINTO; MELLO-MOURA, p.126, 2016)

A má alimentação também tem grande influência para desenvolvimento de cáries. A paciente tem uma dieta extremamente rica em açúcar chegando as consultas comendo doces e mesmo com minha repreensão, e também dos professores, esse eventos continuaram a acontecer. Nossas conversas com a responsável não surtiram efeito.

Conforme Junior, Gonçalves e Correia (2015):

A cárie é uma doença que atinge, principalmente, as crianças, mas que pode ser observada em diferentes fases da vida. Um fato evidente é que as pessoas que desenvolvem cárie na infância têm grande tendência a desenvolvê-la na fase adulta. A nutrição deve ser adequada desde a infância. (JUNIOR; GONÇALVES; CORREIA, p.48, 2015)

Após o término das restaurações decidimos iniciar um tratamento remineralizante, visto que a paciente está classificada como alto risco de cárie.

Segundo Santos, Vasconcelos e Vasconcelos (2019):

As medidas profiláticas que envolvem os fluoretos para prevenir a cárie dentária são métodos de aplicação, a fim de, avaliar os seus diversos efeitos. Quando os produtos que contêm flúor são aplicados na superfície dentária, os íons de flúor substituem os íons de hidróxido do cristal de hidroxiapatita do dente. Portanto, a menor solubilidade da fluorapatita comparado com a hidroxiapatita, confere maior resistência ao esmalte. Quando a concentração de flúor disponível na cavidade oral é aumentada pela aplicação tópica, ocorre a formação de um biofilme que atua também inibindo o metabolismo do biofilme, alterando a sua composição e formação, além de reduzir a síntese de ácido pelas bactérias. (SANTOS; VASCONCELOS; VASCONCELOS, p. 7, 2019)

Foi realizado durante três meses o tratamento remineralizante na paciente, em que também tentamos reforçar a escovação e a importância dos dentes na vida de uma pessoa. Infelizmente, não podemos afirmar que teremos um prognóstico satisfatório, devido ao fato do problema não ser apenas baseado nas áreas da Odontologia, mas sim, relacionado a vários fatores.

Tenho plena consciência que fiz tudo que estive ao meu alcance e espero que um dia problemas como esse não sejam encontrados e que a população em geral se conscientize cada vez mais sobre a importância de ter uma cavidade bucal saudável. Assim, concluo o meu trabalho, em que foi aprendi e me emocionei muito e com certeza, levarei essa experiência pra sempre.

2.3. Caso Clínico Karina Mendes Nunes de Oliveira

2.3.1. Apresentação

Meu nome é Karina Mendes Nunes de Oliveira, tenho 22 anos e ingressei no curso de Odontologia no Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS em fevereiro de 2015. Antes de cursar o vestibular para Odontologia estava em dúvida em qual carreira seguir, mas tinha em mente que gostaria de trabalhar com pessoas, ou melhor, dar o meu melhor para torná-las mais felizes. O curso de Odontologia surgiu entre várias opções na minha cabeça, comecei a pesquisar mais e me apaixonei pela quantidade de opções e diferentes áreas que a Odontologia possui e como ela oportuniza mudar vidas a partir de um sorriso.

Vou relatar um caso clínico que foi realizado no ano de 2018, quando estava no 7º período na disciplina de Clínica Integrada III.

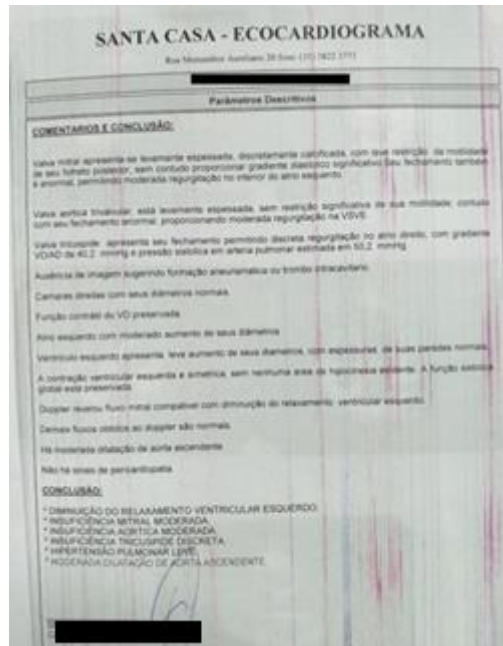
O caso clínico a seguir me fez entender mais sobre a Odontologia, pois pude vivenciar como é importante a integração das áreas odontológicas para resolvermos um caso específico. Me fez amadurecer e compreender o quão importante é realizarmos os procedimentos básicos e darmos um diagnóstico correto.

2.3.2. Caso Clínico

Paciente do sexo feminino, 67 anos, chegou a Clínica do Unilavras a procura de um tratamento integrado, queixando-se de dor no elemento 11 e 21 e da falta de alguns elementos dentários na arcada inferior e superior. A paciente chegou a clínica com um exame em mãos, Ecocardiograma (Figura 17), relatando que possuía

Cardiopatas, uma carta de seu cardiologista (Figura 18) solicitando a necessidade da profilaxia antibiótica e uma radiografia panorâmica (Figura 19) que havia sido pedida pela professora Linaena Mércy da Silva na clínica de Diagnóstico Oral, onde a paciente havia passado anteriormente por uma triagem.

Figura 17 – Ecocardiograma

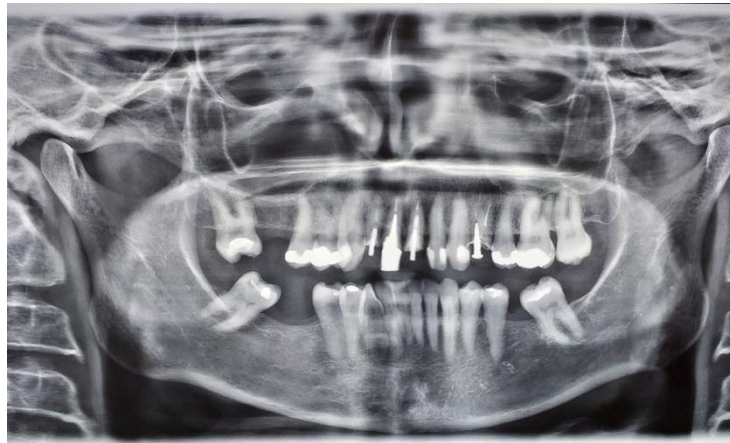


Fonte: Imagem obtida pela autora (2018)

Figura 18 – Receita do cardiologista

Fonte: Imagem obtida pela autora (2018)

Figura 19 – Radiografia Panorâmica



Fonte: Imagem obtida pela autora (2018)

2.3.2.1. Anamnese

A anamnese é fundamental para sabermos se os pacientes apresentam algum tipo de distúrbio, doença grave ou alergia a alguma substância. O paciente, na maioria das vezes só procura o dentista quando já está com alguma sintomatologia dolorosa e a prevenção na maioria das vezes é deixada de lado.

Uma das principais funções da anamnese é descobrir a queixa principal do paciente, pois é a partir daí que vamos partir para um possível diagnóstico e plano de tratamento. Além da queixa principal, vamos também perguntar ao paciente se ele possui alguma doença bem como algum membro de sua família, se é alérgico a algum medicamento, anestésico ou outra substância, vamos também perguntar se ele está sob cuidados médicos e por que, perguntar se ele faz uso de algum medicamento constante e se possui alguma recomendação médica.

É de extrema importância o profissional conseguir retirar do paciente todas as informações necessárias, pois só assim conseguirá uma ficha de anamnese completa e com todos os aspectos que envolvem o paciente.

Além de promover o conhecimento da saúde do seu paciente, essa conversa inicial, antes do tratamento propriamente dito, cria um vínculo de ambas as partes e isso facilita a relação paciente e dentista, pois com a anamnese não vamos descobrir apenas sobre a saúde, mas também um pouco de sua vida pessoal, como: profissão, estado civil, idade, endereço, entre outras coisas. Tudo isso são passos iniciais para se criar um diálogo entre os dois que será desenvolvido ao longo das consultas.

A ficha de anamnese, assim como todo o prontuário deve ser arquivado de forma correta, pois além de possuir informações sobre seu paciente, é de extrema importância ética e legal, pois evita futuros problemas com a justiça, caso haja algum processo contra o cirurgião dentista.

Segundo Brandão et al. (2018), estudos mostram que, no ano de 2005, 75% dos discentes em Odontologia preenchem os prontuários de forma inadequada sob aspectos éticos e legais, estudos mais recentes, no entanto, apontam que os estudantes de Odontologia encaram os prontuários com a devida atenção, reconhecendo sua importância para identificação dos pacientes, porém, menor conhecimento parte dos discentes no que se refere a importância dos prontuários para casos de processos éticos e jurídicos. O estudo também ressalta uma deficiência no conhecimento dos alunos a respeito da necessidade de colher a assinatura do paciente, chamando a atenção para tal necessidade.

Em oposição a melhora na conscientização dos discentes, estudos observam que grande parte dos Cirurgiões-Dentistas já formados demonstram falta de conhecimento a respeito de Odontologia Legal, fato que acarreta num despreparo do profissional frente a processos jurídicos, por exemplo. Além disso, o trabalho aponta que quase metade dos Cirurgiões-Dentistas não fazem uso de odontograma, e não registram as condições pré-clínicas, bem como, não fazem cópias das receitas, orientações e atestados realizados no atendimento. (BRANDÃO et al., 2018)

Percebemos então que é preciso conscientizar cada vez mais os alunos de Odontologia sobre a importância do prontuário, ficha de anamnese, exame clínico e radiográfico, pois ele é o principal meio que temos de realizar tudo corretamente. É importante ter esses arquivos para pautar tudo aquilo que o paciente disse e assinou pois, além de importante para a saúde do paciente, é importante para nós, dentistas, para que fiquemos seguros caso algum caso de processo aconteça.

Com os exames clínicos, observamos que a paciente precisaria de tratamento periodontal, algumas restaurações pequenas e uma prótese parcial removível superior e inferior. Após o exame radiográfico, constatou que a paciente possuía prótese fixa unitária nos elementos 11 e 21 que necessitavam ser trocadas pois, além das coroas estarem insatisfatórias e com infiltrações, o tratamento endodôntico dos elementos estavam insatisfatórios e havia o espessamento do espaço do ligamento periodontal (Figura 20).

Com esse caso percebemos a importância de se realizar a anamnese e descobrir problemas, como foi o caso da paciente. Além dos aspectos que foram conhecidos durante a anamnese, ressalto aqui a importância do exame radiográfico, pois foi a partir dele que descobrimos a necessidade de um retratamento endodôntico e uma nova coroa para os elementos 11 e 21.

De acordo com Victorino et al. (2015), os exames radiográficos constituem exames complementares essenciais no diagnóstico das alterações e processos patológicos do complexo maxilo-facial, bem como no acompanhamento pós operatório. O diagnóstico corretamente estabelecido, utilizando os recursos de imagem radiográfica, permitirá o plano de tratamento e controle da enfermidade bucal mais efetivo, com benefícios significativos na saúde integral dos pacientes. As radiografias intra-bucais apresentam maior resolução e riqueza de detalhes, sendo utilizado nas avaliações dentoalveolares. A radiografia panorâmica permite, em uma única imagem radiográfica, a análise de todos os dentes superiores e inferiores, suas estruturas anatômicas adjacentes, com economia de tempo e redução da dose de radiação.

No caso da paciente, a anamnese foi fundamental para saber com detalhes seus problemas cardíacos, sendo eles: diminuição do relaxamento ventricular esquerdo, insuficiência mitral moderada, insuficiência aórtica moderada, Insuficiência tricúspide, hipertensão pulmonar leve e dilatação da aorta ascendente. Apesar de serem doenças controladas e moderadas, foi recomendado pelo médico responsável da paciente o uso de Profilaxia Antibiótica. A paciente relatou que não apresentava mais nenhuma alteração de saúde ou alergia a outras substâncias.

Figura 20 – Exame radiográfico elemento 11



Fonte: Imagem obtida pela autora (2018)

2.3.2.2. Insuficiência Mitral Crônica

A insuficiência mitral, segundo Santos et al. (2013), é uma doença progressiva que leva ao aumento do átrio e ventrículo esquerdos e pode evoluir para disfunção ventricular irreversível. O aparelho valvar mitral é constituído por folhetos valvares, cordas tendíneas, músculos papilares e anel mitral. A insuficiência mitral pode ser decorrente das seguintes alterações: anormalidade dos folhetos, deformidade do anel mitral, anormalidade das cordas tendíneas e disfunção do músculo papilar.

A regurgitação mitral crônica leva à dilatação e hipertrofia do ventrículo esquerdo para acomodar o volume adicional que recebe. Na fase compensada, a função cardíaca é normal. Devido ao esvaziamento de parte do volume do ventrículo esquerdo para o átrio esquerdo, câmara de baixa pressão e grande complacência, e cerca de 50% do volume regurgitante ocorrer antes da abertura da valva aórtica, o estresse sistólico da parede do ventrículo esquerdo, ou seja, a pós carga é baixa. Esta redução na pós carga leva a um volume sistólico final normal ou reduzido, fazendo com que a fração de ejeção tenha valores elevados. (SANTOS et al., 2013).

Segundo Cacula et al. (2015), a Insuficiência Valvular Mitral (IM), independentemente da sua gravidade, é atualmente a valvulopatia mais comum, com uma prevalência de 1,7%, atingindo os 10% na população com mais de 75 anos. A IM divide-se em dois tipos: a anatômica, na qual a disfunção esta num dos elementos do aparelho valvular mitral (e.g. anel, folhetos ou cordas), e a funcional, em que a alteração reside numa alteração geométrica e/ou funcional do ventrículo esquerdo que altera a normal relação dos elementos desse aparelho. O tratamento da IM foi, até recentemente, exclusivamente cirúrgico. (CACELA et al., 2015).

2.3.2.3. Insuficiência Aórtica

Segundo, Santos et al. (2013), a insuficiência aórtica ocorre devido o aumento da pré-carga, conseqüente ao refluxo de sangue da aorta para o ventrículo esquerdo durante a diástole, e da pós-carga, por aumento da impedância da aorta, diferencia a insuficiência aórtica da sobrecarga de volume observada na Insuficiência Mitral Crônica. Esta peculiaridade da Insuficiência Aórtica traduz o aspecto da sobrecarga de volume e pressão.

Estas alterações hemodinâmicas repercutem no ventrículo esquerdo e provocam modificações na estrutura protética do miocárdio através da adição em paralelo de novos sarcômeros. Como conseqüência desenvolve-se a hipertrofia

excêntrica, que é capaz de manter a proporcionalidade dos três componentes – muscular, vascular e intersticial – do ventrículo esquerdo no decorrer da evolução da insuficiência crônica.

A evolução clínica da insuficiência aórtica crônica depende principalmente da etiopatogenia e do grau de regurgitação aorta-ventrículo esquerdo. Pacientes com lesão discreta e moderada tem excelente prognóstico, de acordo com o autor Santos et al. (2013).

2.3.2.4. Insuficiência da Valva Tricúspide

A Insuficiência da Valva Tricúspide que segundo, Stefanini, Kasinski e Carvalho (2009), é geralmente secundária a Hipertensão Pulmonar, obstruções das vias de saída do ventrículo direito, dilatação do ventrículo direito e/ou do anel tricúspide. A existência de sintomas depende da gravidade das lesões e das outras doenças associadas; fadiga, edema de membros inferiores, indicam doença importante. O exame físico revela estase jugular e hepatomegalia.

O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico, dependendo da gravidade e do comprometimento da valva. O tratamento clínico, que a paciente realiza, é feito com diuréticos. O prognóstico em longo prazo depende da função do ventrículo direito, de acordo com o autor.

A regurgitação da valva tricúspide (TR) é um achado comum em pacientes com cardiopatia valvar do lado esquerdo, com TR moderada ou grave em 10 a 15% dos casos. Um grande estudo retrospectivo demonstrou aumento nas taxas de mortalidade entre pacientes com TR significativa, independente da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), ou pressão arterial pulmonar. Apesar da prevalência e da relevância prognóstica, os dados sobre o impacto da TR moderada / grave em pacientes submetidos a procedimentos de substituição / reparo da valva cardíaca permanecem esparsos. Tem sido relatado que TR significativa pode conferir pior prognóstico em pacientes com regurgitação mitral (RM) e insuficiência cardíaca congestiva leve a moderada, segundo o autor Barbati et al. (2015).

A paciente apresenta dilatação da aórtica ascendente, que de acordo com Stefanini, Kasinski e Carvalho (2009) é uma das etiologias da insuficiência aórtica (explicado acima). Além desses distúrbios a paciente apresenta Hipertensão Pulmonar Leve que é a denominação dada a um conjunto de alterações que dificultam a passagem do sangue pelas artérias e veias pulmonares. Esse processo

pode sobrecarregar o coração e causar cansaço e desmaios. Em casos muito graves, pode haver necessidade de internação e de transplante pulmonar. (STEFANINI; KASINSKI; CARVALHO, 2009).

Observamos que todas essas alterações que a paciente possui estão interligadas, porém são doenças leves e moderadas, mas o médico responsável indicou que fosse realizado uma profilaxia antibiótica com Amoxicilina 500 mg, 4 cápsulas antes dos procedimentos.

2.3.2.5. Profilaxia antibiótica

A profilaxia com antibióticos está indicada em alguns casos selecionados, com o objetivo de reduzir o risco de uma endocardite bacteriana, que é uma complicação grave, ainda hoje com grande mortalidade, variando de 17 a 36%. A partir de 2007, houve uma reformulação das indicações de profilaxia antibiótica para endocardite, agora restrita a casos selecionados de pacientes de alto risco e procedimentos de alto risco. São considerados pacientes com risco elevado de endocardite bacteriana: Portadores de próteses valvares; com histórico de endocardite bacteriana prévia; portadores de cardiopatias congênitas cianogênicas ou com shunt intra-cardíaco; pacientes que desenvolveram valvopatias após um transplante cardíaco. (BVS APS, 2015).

Os procedimentos de alto risco são: tratamentos dentários que envolvam manipulação da gengiva ou região periapical, bem como perfuração da mucosa oral; procedimentos em vias respiratórias com incisão ou biópsia da mucosa, tonsilectomia, adenoidectomia; procedimentos invasivos em pele infectada ou tecido músculo-esquelético infectado. Alguns grupos ou serviços optam pela prescrição da profilaxia para todos pacientes com valvopatia reumática, considerando ser esta uma população de pior saúde oral. Da mesma forma, deve-se considerar a prescrição nos casos de qualquer sessão de tratamento dentário (e não apenas nos descritos acima), pois nem sempre o médico tem um conhecimento preciso de qual procedimento dentário será feito. (BVS APS, 2015).

Segundo Gouvêa, Novaes e Iglesias (2016), estima-se que 234 milhões de cirurgias são realizadas em todo o mundo anualmente. Dentre as complicações do período pós-operatório, a Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) é responsável por uma taxa significativa da mortalidade observada na população de pacientes cirúrgicos. Neste grupo específico, a ISC é a causa mais comum de infecção nosocomial,

podendo ser responsável por até 77% das mortes observadas. Esta modalidade de intercorrência é uma das principais formas de infecções relacionadas à assistência em saúde no Brasil, como demonstrado em estudo realizado pelo Ministério da Saúde, no qual a ISC foi observada em 11% do total de procedimentos cirúrgicos analisados. A ISC ocupa a terceira posição na frequência entre todas as demais, respondendo por cerca de 15% de todos os processos infecciosos observados em pacientes hospitalizados. Além disso, este tipo de complicação acarreta ônus financeiro ao paciente, ao hospital e ao sistema de saúde. Tais fatos fazem da ISC um problema importante de saúde pública e, por conseguinte, um alvo para a melhoria da qualidade do atendimento ao paciente candidato ao tratamento operatório.

A antibioticoprofilaxia faz parte de um conjunto de medidas que tem como objetivo reduzir a incidência da ISC. O alvo principal da antibioticoprofilaxia é diminuir a carga bacteriana na ferida operatória, de forma a auxiliar as defesas naturais do hospedeiro na prevenção da ISC. A utilização adequada da antibioticoprofilaxia no pré operatório pode reduzir a taxa deste tipo de complicação em até 50%. (GOUVÊA; NOVAES; IGLESIAS, 2016).

As práticas de segurança que envolvem pacientes e procedimentos cirúrgicos requerem sistematização adequada dos processos implícitos a este tipo de circunstância. A variabilidade observada na utilização da antibioticoprofilaxia cirúrgica denota uma fragilidade na qualidade do atendimento a esta população. Esforços têm sido empreendidos no sentido de estabelecer protocolos que orientem o uso adequado da antibioticoprofilaxia visando à prevenção da ISC, cujo objetivo é fornecer aos profissionais de saúde uma abordagem padronizada para o uso seguro, efetivo e de forma racional dos agentes antimicrobianos, segundo os autores. (GOUVÊA; NOVAES; IGLESIAS, 2016).

2.3.2.6. Desenvolvimento do caso clínico

Após a realização de todas as fichas odontológicas, exames clínicos, radiográficos e anamnese, iniciou-se o tratamento da paciente. Foi realizado o tratamento periodontal, a paciente possuía gengivite associada somente ao biofilme generalizada e cálculos sub e supragengival. Foi feita instrução de higiene oral, controle do biofilme, raspagem supra e subgengivais com curetas de Gracey, remoção de restaurações insatisfatórias e lesões de cáries e realização de

restaurações. Para os elementos 11 e 21 foi indicado a remoção do pino intrarradicular e coroa, retratamento endodôntico e nova confecção de pino e coroa. O elemento 21 foi indicado para a clínica de especialização de Endodontia pois estava com estrutura mais fragilizada e seria difícil realizar seu retratamento. Foi iniciado então a remoção das coroas e pinos dos dentes 11 e 21.

O primeiro passo foi a remoção do pino e coroa insatisfatórios. A paciente possuía coroa metaloplástica. Iniciou-se pela coroa, que foi removida com uma broca carbide cônica, em alta rotação. Após a remoção completa da coroa, foi realizada a remoção do núcleo com o ultrassom.

Segundo Cohen e Hargreaves (2011), há riscos que podem ocorrer no momento da remoção do retentor intrarradicular. Há evidências de que apenas o preparo para um retentor intrarradicular já enfraquece a estrutura dentária. A perfuração é uma possível complicação durante a remoção, especialmente se o retentor for retirado simplesmente com brocas em alta velocidade. Caso ocorra perfuração, o cirurgião deve selá-la imediatamente, pois o prognóstico irá piorar à medida que o tempo passar entre a ocorrência da perfuração e o reparo. Uma vez que ocorra perfuração, o clínico deve reconsiderar o prognóstico e determinar se o dente deve ou não ser salvo.

Outra complicação é a fratura de um retentor intrarradicular, em que ocorre apenas a remoção do segmento mais coronário, deixando uma pequena porção dele na porção mais apical, em um local com menor acessibilidade. A fratura diminuirá a probabilidade de remoção.

O uso da energia ultrassônica por períodos de tempo prolongados pode gerar um calor excessivo, podendo causar danos ao periodonto circundante. Tal dano pode ser tão sério quanto a perda do dente ou a perda óssea permanente. Por essa razão são necessárias interrupções regulares a fim de refrigerar a área com spray d'água. (COHEN; HARGREAVES, 2011).

Felizmente, no caso da paciente ocorreu tudo bem e com um pouco menos de 20 minutos foi removido o retentor com auxílio do ultrassom.

Nesse mesmo dia foram confeccionados provisórios para a paciente com a técnica direta com facetas pré fabricadas e pino de estoque. Foi selecionada uma faceta semelhante ao elemento dentário da paciente, e adaptação do pino no preparo, com auxílio de brocas. Realizou-se o desgaste da faceta de estoque até conseguir adaptá-la na região cervical e ao pino de estoque. Foi completada com

resina acrílica na face palatina e realizado re-embasamento do provisório, tomando cuidado para que a resina não escorresse para dentro do preparo intra-radicular (Figura 21).

Há vantagens e desvantagens em relação à técnica direta, segundo Volpato et al. (2012), algumas das vantagens são: fácil confecção e reparo, fácil modificação do contorno e da forma, fácil obtenção dos pontos de contato interproximais, boa adaptação marginal e boa estética. As desvantagens são: menos tempo clínico em boca, menos resistência ao desgaste, mudança de cor em função da alta porosidade, irritação gengival em função do tempo em uso e integridade marginal com durabilidade limitada.

Após avaliação dos remanescentes coronários, foi indicada uma cirurgia de aumento de coroa clínica com finalidade protética nos elementos (1), pois o remanescente coronário estava muito pequeno e impossibilitaria a colocação de grampo para realização do retratamento endodôntico (Figura 22).

Figura 21 - Provisórios da paciente



Fonte: Imagem obtida pela autora (2018)

Figura 22 – Remanescentes coronários



Fonte: Imagem obtida pela autora (2018)

Segundo Harpenau et al. (2016), um dos desafios da Odontologia Restauradora é a restauração dos dentes cuja altura supragengival é insuficiente. As situações clínicas que requerem que se decida entre restaurar ou extrair tais dentes são coroa clinicamente curta, cáries radiculares, perfuração subgengival, fratura, desgaste retrógrado e erupção passiva alterada por preocupações estéticas e funcionais. Se os dentes forem restaurados sem se considerarem os princípios biológicos, o periodonto poderá desenvolver maiores profundidades de sondagem, problemas de controle de placa, margem gengival instável propensa à retração, ou edema e aparência cianótica.

O espaço biológico tem sido descrito como o espaço ocupado pelo epitélio juncional e a inserção de tecido conjuntivo coronalmente à crista alveolar. Sua dimensão é de aproximadamente 2,04 mm. Adiciona-se 1 mm a essa medida, representando o sulco gengival, para possibilitar o estabelecimento de margem restauradora intrassulcular. Portanto, um mínimo de 3 mm de dente saudável acima do processo alveolar será necessário caso a restauração ou fratura se aproxime da crista óssea. Ainda, recomendam-se 1 a 2 mm adicionais de estrutura de dente natural abaixo da fratura para fornecer maior firmeza à futura coroa. Violação do espaço biológico pode resultar em inflamação e reabsorção óssea. Procedimentos cirúrgicos, como gengivectomia e retalho posicionado apicalmente, com ou sem cirurgia óssea, podem ser usados para aumentar o comprimento de coroa clínica. Idealmente, o dente com coroa aumentada deve ter uma proporção coroa-raiz não inferior a 1:1. (HARPENAU et al., 2016)

Segundo Falabella et al. (2015), as cirurgias pré-protéticas são realizadas como rotina na terapia periodontal com a finalidade principal de reconstituição do espaço biológico, que, caso seja invadido pode levar a alterações periodontais como recessão, edema e sangramento, condições que comprometem a qualidade dos trabalhos restauradores. A utilização de retalhos é quase imperativa pela necessidade de correções ósseas e a preservação ou aumento do tecido queratinizado que contribui para a maior estabilidade da margem gengival.

Para a realização da cirurgia, foi feito o planejamento, realizada uma moldagem anatômica da área a ser operada para uma maior previsão do tamanho do colarinho de gengiva a ser removido, os instrumentais e materiais a serem utilizados e os passos a serem seguidos foram destacados na programação.

Após a avaliação do planejamento foi iniciada a cirurgia. Foi usada lâmina de bisturi 15C, sonda milimetrada, descolador gengival delicado, tesoura de ponta fina, caneta de alta rotação, broca esférica 1012 HI e fio de sutura de nylon 5.0.

Iniciou-se a cirurgia com anestesia local, usando Lidocaína a 2%, utilizando a técnica Infraorbital dos dois lados para anestésias a área por palatina. Foi feita a demarcação dos pontos sangrantes, utilizando a sonda milimetrada para se ter uma noção da área a ser removida e remoção de tecido gengival (Figura 23). Em seguida foi feita uma incisão intrasucular até tocar o osso (Figura 24), para que houvesse um descolamento total, com preservação das papilas interdentais, expondo o osso para que pudesse ser realizado o desgaste ósseo. Após o descolamento e retalho total, foi feito o desgaste ósseo dos dois dentes, para manter o espaço e distância biológica. Após esse procedimento foi conferido com a sonda milimetrada para avaliar se a distância biológica alcançada estava correta. Em seguida foi realizada a sutura com pontos simples (Figura 25), e remoção da sutura após 7 dias. Com 30 dias de pós operatório foi possível observar a melhora no caso da paciente (Figura 26).

Figura 23 – Remoção do colarinho de gengiva



Fonte: Imagem obtida pela autora (2018)

Figura 24 – Descolamento total



Fonte: Imagem obtida pela autora (2018)

Figura 25 – Suturas



Fonte: Imagem obtida pela autora (2018)

Figura 26 – Pós-operatório com 30 dias



Fonte: Imagem obtida pela autora (2018)

Após os 30 dias de pós operatório foi iniciado o Retratamento Endodôntico. Segundo Cohen e Hargreaves (2011), muitas causas do insucesso endodôntico incluem os erros em procedimentos iatrogênicos, tais como: acesso insatisfatório a cavidade, canais não localizados, canais inadequadamente preparados e obturados, complicações na instrumentação e extravasamento do material obturador do canal.

A infiltração coronária tem sido responsabilizada pela ocorrência de lesão pós tratamento quando existe infecção persistente intracanal e extracanal e cistos radiculares. Essas etiologias provavelmente se tornam óbvias na hora do diagnóstico da doença e da obturação do canal radicular, ou talvez permaneçam incertas até a obtenção do sucesso completo do tratamento. Ocasionalmente, a causa da lesão pós tratamento provavelmente leva anos para se tornar discernível ou talvez ao final, nunca seja conhecida. De qualquer maneira, os fatores mais importantes na determinação da causa dessa doença para os clínicos são aqueles relacionados com o plano de tratamento e a determinação do prognóstico. Para planejar efetivamente um tratamento o clínico deve identificar os fatores etiológicos em quatro grupos: Microorganismos intrarradiculares persistentes; Infecção intraradicular; Relação a corpo estranho; Cistos verdadeiros. (COHEN; HARGREAVES, 2011).

Microorganismos intrarradiculares persistentes: quando o espaço do canal radicular e dos túbulos dentinários estão contaminados por microorganismos ou seus bioprodutos, e quando esses agentes patogênicos entram em contato com o tecido perirradicular, ocorre uma periodontite apical. Como mencionado anteriormente, a limpeza inadequada, a modelagem, a obturação e a restauração

final de um dente endodonticamente doente podem levar a uma lesão pós tratamento. (COHEN; HARGREAVES, 2011).

Infecção extra radicular, segundo Cohen e Hargreaves (2011):

ocasionalmente, células bacterianas podem invadir os tecidos perirradiculares, seja por disseminação direta da infecção a partir do espaço do canal radicular, por bolsas periodontais contaminadas que se comunicam com a área apical, por instrumentos endodônticos infectados excessivamente utilizados. Normalmente, a resposta do hospedeiro destruirá esses organismos, porém alguns microorganismos são capazes de resistir às defesas imunes e persistir no tecido perirradicular, algumas vezes pela produção de uma matriz extracelular ou placa protetora. (COHEN; HARGREAVES, 2011).

Reação a corpo estranho, de acordo com Cohen e Hargreaves (2011):

ocasionalmente, a doença endodôntica persistente ocorre na ausência de microorganismos, identificáveis e tem sido atribuída à presença do material estranho na região perirradicular. Vários materiais foram associados a reações inflamatórias incluindo fibras de celulose oriundas do cone de papel absorvente. Muitos desses casos envolveram não somente o extravasamento, como também a instrumentação inadequada do canal e condensação deficiente da obturação, por meio da qual a bactéria persistente que se encontra no espaço do canal poderia sobreviver. (COHEN; HARGREAVES, 2011).

Cistos Verdadeiros: cistos se formam nos tecidos perirradiculares quando o epitélio embrionário começa a se proliferar devido à presença de inflamação crônica. Os dois tipos de cistos periapicais são o cisto periapical verdadeiro e o cisto em bolsa periapical. Os cistos verdadeiros tem uma cavidade ou lúmen com um revestimento epitelial contínuo. Com os cistos em bolsa, o lúmen se abre para o canal radicular do dente afetado. Por sua natureza independente os cistos verdadeiros provavelmente não se reparam pelo tratamento endodôntico não cirúrgico e geralmente requerem enucleação cirúrgica. (COHEN; HARGREAVES, 2011).

Foi iniciado o retratamento endodôntico no elemento 11. O primeiro passo foi a desobturação do canal com brocas de largo e solvente Eucaliptol® (Figura 27). Após a desobturação iniciou-se o tratamento endodôntico convencional, com penetração desinfetante usando lima K#15 e hipoclorito de sódio à 2,5% e em seguida realização da Odontometria (Figura 28).

Após a Odontometria, as medidas foram as seguintes: CAD: 14mm, CRI: 12mm, CRD: 14mm, CRT: 13mm. Trabalhou-se com mais cinco limas tipo K # 20, 25, 30, 35 e 40, em seguida foi feita a radiografia com a lima memória (Figura 29). A irrigação foi feita com Hipoclorito de Sódio a 2,5%.

Após todos esses passos, foi realizada a medicação intra canal com pasta Callen com PMCC (Figura 30), que foi deixada no canal por 15 dias.

Depois de 15 dias a paciente retornou à clínica para realizar a obturação do canal. Foi retirada a pasta Callen, lavagem com Hipoclorito de Sódio, secagem do canal com cone de papel absorvente e realizada a conometria (Figura 31).

Após a conometria, foi feita a obturação com cimento Selapex, cone principal e cones acessórios. Foi feito o preparo para pino imediato usando calcador aquecido. (Figura 32).

Figura 27 – Raio X: Desobturação do canal do dente 11



Fonte: Imagem obtida pela autora (2018)

Figura 28 – Raio X: Odontometria



Fonte: Imagem obtida pela autora (2018)

Figura 29 – Raio X: Lima memória



Fonte: Imagem obtida pela autora (2018)

Figura 30 – Raio X: Pasta Callen com PMCC



Fonte: Imagem obtida pela autora (2018)

Figura 31 – Raio X: Conometria



Fonte: Imagem obtida pela autora (2018)

Figura 32 – Raio X: Obturação e preparo pra pino imediato



Fonte: Imagem obtida pela autora (2018)

Após o retratamento endodôntico do dente 11, foi cimentado novamente o provisório, e o dente 21 foi retratado pela especialização.

O prognóstico é bom, pois apesar dos riscos sofridos com a remoção do antigo pino e o desgaste feito com o retratamento, a paciente possui boa inserção óssea e uma boa higienização, o que ajuda no prognóstico, pois a saúde periodontal interfere em todos os casos.

O caso da paciente não foi concluído devido ao pouco tempo. Ela foi encaminhada para a clínica integrada III de 2019 para que seu tratamento seja concluído. Serão confeccionados novos pinos e novas coroas metaloplásticas para a paciente, além de confecção de Prótese Parcial Removível superior e inferior, melhorando assim a funcionalidade e estética da paciente.

2.4. Caso Clínico Letícia Nascimento Nogueira

2.4.1. Apresentação

Meu nome é Letícia Nascimento Nogueira, tenho 23 anos, ingressei no curso de Odontologia em Fevereiro de 2015, no Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS. Desde meu nascimento, morei com os meus avós e a minha mãe. Sempre tive uma ligação muito grande com meu avô, o sonho dele era eu prestar serviços nas forças armadas, como ele, ou me formar em um curso na área da saúde. Em 2011 meu avô faleceu, e desde então prometi a mim mesma que iria fazer esse sonho virar realidade, e acabei realizando-o. Formei no terceiro ano do Ensino Médio em 2013 decidida a ingressar no curso de Odontologia. Então, em 2014 fiz curso pré-vestibular, e em 2015 me matriculei no Centro Universitário de Lavras e hoje em dia, sou apaixonada pelo curso.

No 9º período, na matéria de Estágio Supervisionado 2, fiz estágio em Pacientes Especiais na Clínica Odontológica do UNILAVRAS. Os atendimentos eram realizados às quintas-feiras no período da tarde, sob a orientação da professora Dr^a Luciana Fonseca de Pádua Gonçalves Tourino.

Sempre fui muito emotiva e nunca soube lidar com o meu sentimento de compaixão, e no primeiro dia de clínica eu fiquei muito impressionada com a situação que várias pessoas vivem, então soube que estar ali convivendo com eles, seria desafiador para mim, saber como lidar com o meu lado emocional.

O primeiro caso clínico vivenciado neste estágio foi de uma paciente que me marcou muito durante a faculdade, me fez crescer como pessoa, e me ensinou a ver a vida de forma positiva apesar das circunstâncias. A paciente apresentava um quadro clínico de saúde bastante conturbado desde adolescente, e todos os dias chegava na clínica de alto astral, com um sorriso no rosto, feliz, e sempre conversando sobre a vida e dando conselhos maravilhosos.

Vivenciar essa nova experiência com pessoas especiais, me fez ficar admirada pela luta da paciente pela vida, apesar de todas as dificuldades, de todo sofrimento, mostrando que somos maiores que qualquer problema, e que mesmo em situações como essa, a vida vale a pena ser vivida. A busca pela fé e o pensamento positivo, criam motivações para seguirmos em frente e mudarmos vidas.

2.4.2. Caso Clínico

Trata-se da paciente do sexo feminino, 53 anos de idade, leucoderma, que já estava em atendimento na clínica odontológica do Unilavras na disciplina de Pacientes Especiais. Na história médica, a paciente relatou que já apresentou câncer de mama, tuberculose, aneurisma cerebral. Sofre também de intolerância a lactose e glúten, hipertensão, é alérgica a sulfas, e relatava ainda enxaquecas fortes frequentes, sem causa aparente.

É de suma importância apresentar os casos clínicos da história médica da paciente, para o Cirurgião Dentista estar informado sobre todas as doenças para poder relacionar à área de Odontologia, tendo em vista as restrições, alterações bucais, e limitações dentro dos procedimentos.

2.4.2.1. Tuberculose

A paciente relatou previamente sobre seu caso na época em que apresentava tuberculose, onde o tratamento da paciente durou 6 meses em total confinamento. A paciente foi diagnosticada com tuberculose aos 14 anos de idade, seus sintomas eram tosse forte e contínua, febre, dores torácicas, não conseguia se alimentar e havia perdido muito peso. Seu tratamento era o uso de vários tipos de medicamentos diários, ficou internada na própria casa com acesso somente ao quarto e banheiro, com as janelas e as portas revestidas por plásticos para o sistema imunológico não sofrer alterações e não contaminar o ambiente por fora. Tinha contato somente com a sua mãe e seu médico, até a cura.

Hoje em dia a paciente não apresenta indícios de sequelas ou recidivas que a tuberculose possa ter causado. Não é apontado também alterações na cavidade bucal devido a doença.

“A tuberculose é um problema de saúde prioritário no Brasil, que, juntamente com outros 21 países em desenvolvimento, alberga 80% dos casos mundiais da doença.” (CHIRINOS; MEIRELLES, p.600, 2011).

É uma doença infecciosa, que atinge principalmente o pulmão, os sinais e sintomas mais frequentes são comprometimento do estado geral, febre baixa vespertina com sudorese, inapetência, emagrecimento, dor torácica, tosse inicialmente seca e posteriormente produtiva acompanhada ou não de escarros. O modo de transmissão é através da tosse, fala e espirro, e o período é enquanto o doente estiver eliminando os bacilos e não houver iniciado o tratamento. O tratamento da tuberculose deve ser feito em regime ambulatorial, a hospitalização é indicada apenas para os casos graves ou naqueles em que a probabilidade de abandono do tratamento é alta, em virtude das condições sociais do doente. (INFECTOLOGIA, 2005).

Manifestações em cabeça e pescoço ocorrem em 10% dos casos, sendo menos frequentes nas ATMs. Entretanto, as manifestações orofaciais ou nas ATMs podem até serem primárias, antes de qualquer outro sinal da doença. Este fato pode dificultar e retardar o diagnóstico, comprometendo o tratamento e podendo levar a consequências indesejáveis, como fístula pré-auricular, úlceras, comprometimento de glândulas salivares, osteomielite, artrite infecciosa, otite. (TANGANELI; RIBAS; ZIMERMANN, 2016).

De acordo com o relato da paciente, a mesma não apresentou manifestações da doença na região de cabeça e pescoço.

2.4.2.2. Câncer de mama

A paciente relatou que esteve grávida aos 42 anos e sofreu aborto no sétimo mês de sua única gestação. Depois de 3 meses ela foi diagnosticada com depressão. Nas idas ao médico devido ao aborto, uma das indicações do médico foi utilizar um creme no seio para estimular as glândulas mamárias, e ao passar percebeu nódulos na parte lateral do seio. Fez os exames e foi diagnosticada com câncer de mama, logo em seguida começou a fazer o tratamento.

Primeiramente antes de começar o tratamento contra o câncer de mama a paciente procurou vários especialistas para ficar em bom estado de saúde geral, inclusive um cirurgião dentista e recebeu todos os procedimentos possíveis para começar a quimioterapia. Depois das sessões de quimioterapia necessárias ela passou para o tratamento de radioterapia onde começou as complicações na cavidade bucal como mucosite, xerostomia, disgeusia e osteorradionecrose. Ela recebeu o tratamento do cirurgião dentista adequado, porém a osteorradionecrose deixou sequelas.

Depois de curar o câncer, a atuação odontológica continua sendo de grande importância. Os procedimentos que podem ser realizados são por exemplo: um tratamento endodôntico, confeccionar próteses, tratamentos restauradores, recomendar o uso de saliva artificial, raspagem e alisamento radicular, e tratamentos preventivos. São contra-indicados procedimentos que tenham um envolvimento ósseo, como cirurgias, implantes, e etc.

Os fatores de risco ao câncer de mama relacionados à vida reprodutiva da mulher são: menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia, terapia de reposição hormonal, obesidade, fumo e álcool e estão bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento do câncer de mama. (BIFULCO; FERNANDES; BARBOSA, 2010).

O sintoma mais comum do câncer de mama é o aparecimento de nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos. Outros sinais de câncer de mama são, edema cutâneo (na pele), semelhante à casca de laranja, retração cutânea, dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo, secreção papilar, especialmente quando é unilateral e espontânea. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A radioterapia de cabeça e pescoço provoca danos locais diretos e indiretos à estrutura da boca. Entre as complicações, podem ser citadas: mucosite, xerostomia, cárie de radiação, doença periodontal, perda do paladar, trismo, infecção, osteorradionecrose, e dificuldades para falar, dormir e comer. Os efeitos indiretos podem incluir: deficiências nutricionais, perda de peso e hábitos sociais alterados. (BIFULCO; FERNANDES; BARBOSA, 2010).

Para melhor atender e ajudar os pacientes em tratamento do câncer, o profissional da área odontológica deve estar habilitado para diagnosticar, prevenir, controlar e tratar as complicações orais que surgem durante as diversas fases do tratamento oncológico. Na paciente em questão a sequela que permaneceu foi a disgeusia (perda do paladar), xerostomia parcial, alteração no tecido ósseo dos maxilares aumentando o risco de osteonecrose.

2.4.2.3. Aneurisma Cerebral

Em 2016, a paciente apresentava hipertensão, e acabou sofrendo um infarto e foi também diagnosticada com aneurisma cerebral. A paciente relatou "ter implantado um pino no cérebro", segundo minhas pesquisas, é um clip usado em cirurgias de aneurisma cerebral em que a artéria se rompe e causa hemorragia. Desde então a paciente faz o uso Sinvastatina. Na época, a paciente precisou fazer o uso de anticoagulantes, mas hoje em dia com os exames de coagulação realizados e apresentando bons resultados, ela não faz mais o uso deste medicamento.

Aneurisma é a dilatação anormal de uma artéria. Um aneurisma pode se romper e causar uma hemorragia ou permanecer sem estourar durante toda a vida. Os aneurismas podem ocorrer em qualquer artéria do corpo, como as do cérebro, do coração, do rim ou do abdômen. O aneurisma surge pelo enfraquecimento ou defeito da parede arterial. A pessoa pode nascer com o problema ou adquiri-lo, a partir de dois grupos de fatores de risco: os não modificáveis (sexo masculino, história familiar e idade) e modificáveis (fumo, hipertensão arterial, colesterol elevado, obesidade, raça branca e doença aterosclerótica pré-existente). (VARELLA, 2018).

A prevenção é controlar a pressão arterial, manter índices adequados de glicose, colesterol e triglicérides, - ter uma alimentação saudável, à base de vegetais, frutas, fibras e carnes magras, praticar exercícios físicos regularmente, não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas em excesso. (VARELLA, 2018).

2.4.2.4. Hipertensão

Logo após o aneurisma, a paciente foi diagnosticada com hipertensão, e começou o tratamento. Desde então a paciente faz o uso diário dos medicamentos: Diltiazem 30mg, de 12 em 12 horas.

O Cloridrato de Diltiazem é indicado para: tratamento de hipertensão, angina pectoris (dores fortes no peito e falta de ar) e coronariopatias (problemas nos vasos que irrigam o coração) acompanhadas ou não de pressão alta e/ou taquicardia (palpitações constantes e duradouras). (CARDIZEM, 2015).

De acordo com Carvalho (2013), em pacientes com a pressão arterial controlada ou em tratamento médico não é contraindicado o uso de vasoconstritor. Assim o paciente pode usar vasoconstritor adrenalina 1:100.00 e o indicado é não exceder mais do que dois tubetes em cada atendimento. Também pode ser usado vasoconstritor felipressina 0,03 UI/ml, juntamente com a prilocaína 3%, os quais não produzem alterações significativas no sistema cardiovascular. Em tratamento de urgência de paciente com pressão arterial descompensada recomenda-se utilizar anestésico sem vasoconstritor mepivacaína 3%.

A pressão arterial é responsável por empurrar o sangue bombeado pelo coração, pelas artérias, levando o suprimento necessário aos demais órgãos. Quando a pressão está alta, o coração faz mais força para bombear o sangue, porque com a idade as artérias ficam menos complacentes e oferecem mais resistência à sua passagem. Esta força pode acarretar lesões nas paredes das artérias, e resultar em um derrame (acidente vascular cerebral). (PRO-RIM, 2018).

Entre os fatores que podem ser responsáveis pela hipertensão estão: a hereditariedade, que pode estimular uma predisposição à doença; a idade; o peso, a obesidade é um fator de risco; além da falta de exercícios físicos; estresse; consumo de álcool; má alimentação com o excesso de sal e o tabagismo. (PRO-RIM, 2018).

Para prevenir a hipertensão é necessário, realizar atividades físicas, ter uma alimentação saudável reduzindo o consumo de sal e de alimentos processados, não fumar e não extrapolar na ingestão de bebidas alcoólicas. Tratar a hipertensão exige muito esforço dos pacientes. Apesar de não ter cura, seguindo as orientações médicas e tendo aderência ao uso de medicamentos, conforme orientação médica, é possível ter boa qualidade de vida. (PRO-RIM, 2018).

Atualmente a paciente está com a pressão controlada fazendo o uso de medicamentos anti-hipertensivos e segue as orientações médicas para o controle da hipertensão, conseqüentemente diminuindo o risco de um novo acidente vascular cerebral e outras complicações.

2.4.2.5. Alergia a sulfas

A razão exata desta alergia não se conhece. Os sintomas mais comuns de alergia a medicamentos de sulfa se tornam evidentes em sua pele por alguns minutos ou poucas horas depois de tomar o medicamento. O aparecimento de erupções na pele após a administração de medicamentos comumente indica que é alérgico a este medicamento. Outros sintomas são sensibilidade à luz do sol, a sensação de vômito, coceira da pele ou dos olhos, inchaço dos lábios, cara, ou língua e sibilos. A melhor forma de prevenir o aparecimento da alergia, é parando o consumo da droga do sulfa. Pode ser substituído por outros antibióticos que não pertencem ao grupo sulfamidas. (MEDICAMENTOS, 2018).

No caso da paciente é contra indicado o uso dos antibióticos do grupo sulfamidas, devido a alergia.

2.4.2.6. Desenvolvimento do Caso Clínico

A paciente procurou o atendimento odontológico do Unilavras através de uma palestra na Fadminas feita pelo coordenador Douglas Campideli Fonseca, que ressaltou as restrições de procedimentos de pessoas que fazem tratamento de radioterapia da cabeça e pescoço relacionado a Odontologia. Como na época a paciente tinha câncer e estava em tratamento radioterapêutico, procurou a Unilavras por questão de precaução e tinha interesse em interagir mais sobre o tratamento relacionado a Odontologia, querendo um atendimento e tratamento com maiores cuidados.

A minha primeira consulta com a paciente foi no dia 21/02/2019. Logo no início, percebi ela um pouco arredia, mas fomos conversando, interagindo, e ela começou a contar sobre a sua vida, sobre o câncer de mama, a tuberculose, e sobre todas as outras dificuldades que passou no decorrer da vida. Logo depois de sentir ela um pouco mais confortável, expliquei sobre os cuidados e a atenção que a clínica de Pacientes Especiais oferecia, e eu também como uma graduanda.

Logo depois da conversa, fiz a montagem da mesa clínica com o kit clínico e começamos refazendo sua ficha de dados para atualizar os mesmos.

Figura 33 - Exame clínico realizado

Nome(a) Delicia Noqueira

Dente	Situação Atual	A fazer
18	Rest. Amalg. Algama II OD	
17	Bamal + coroa total	
16	Rest. Amalgama Gl I OPV II M	
15	Rest. Amalg. Gl II MOD	
14	Presente	
13	Bamal + coroa total NO	
12	" " "	
11	" " "	
21	" " "	
22	" " "	
23	Restauração de I.P e Fracta na vestibular	
24	Presente	
25	Rest. RC Gl II OD	
26	Rest. Amalg. Gl II MOD IP	
27	Bamal + prótese líquida	Coroa total metalocerâm
28		
31	Rest. Amalg. Gl IO	
32	Rest. Amalg. Gl II OD	
36	Presente	
35	Rest. Amalg. Gl II OM	
34	Rest. Amalg. Gl II OD	
33	Líquido Rest. RC Gl I max.	
32	Rest. RC Gl III DM	
31	" " " " DM	
41	" " " " DM	
42	Rest. RC Gl III M	
43	Líquido	
44	Rest. RC Gl II OD	
45	Presente	
46	Presente	
47	Presente	
48	Rest. Al. IO e WCASO na M	Rest. RC Gl II na M
OBS =	Presente fístula entre os dentes 23 e 24	

Fonte: Elaborada pela autora (2019)

Durante o exame clínico, foi observado uma fístula nodular, com presença de edema e de alteração de coloração da mucosa entre os elementos 23 e 24. A paciente havia relatado que faz acompanhamento com um cirurgião dentista particular e que já havia mostrado a lesão, pois já estava com a mesma durante duas semanas e com uma dor constante. Junto com a professora Luciana, perguntamos se ela gostaria de uma avaliação do caso e ela aceitou.

Decidimos fazer os exames radiográficos, de palpação, percussão, e de vitalidade pulpar. Durante a palpação a paciente expressou dor. Então foi feito o teste de vitalidade pulpar nos elementos 24, 25 e 26, (não foi feito no elemento 23

porque ele já apresentava tratamento endodôntico), então todos tiveram o resultado positivo. Logo depois fizemos o teste de percussão nos mesmos, apresentando resultado negativo. Fizemos exame radiográfico periapical da área, e não foi visualizado nenhuma lesão no ápice. Fizemos um relatório e enviamos para o endodontista para que ele avaliasse novamente o caso. A paciente optou por realizar o tratamento particular.

Depois de preencher toda a ficha de exame clínico, foi feita a instrução de higiene oral e profilaxia. Então, a pedido da paciente, foi realizado apenas o procedimento da prótese fixa do elemento 27, que apresentava-se com o núcleo metálico fundido e coroa provisória.

Na consulta seguinte, no dia 28/02/2019, foi feita a remoção da coroa provisória com o Lecron, removi os excessos de cimento sobre o preparo, e depois percebi uma grande quantidade de cálculo na distal do elemento 27. Utilizei o ultrassom para a remoção desse cálculo para não deixar o local contaminado. Logo depois fiz o refinamento do preparo utilizando a broca 4138 em alta rotação. Cimentei novamente a coroa provisória com o cimento provisório, removi os excessos e utilizei o fio dental para retirar o acúmulo de cimento nas proximais.

No dia 14/03/2019, fiz a escolha da moldeira parcial para ver qual melhor se adaptava na cavidade bucal da paciente. Separei uma porção de silicone de condensação coloquei duas medidas de catalisador que é o proporcional a uma medida, e manipulei rapidamente até os materiais ficarem homogêneos antes do tempo de polimerização.

Coloquei rapidamente o material na moldeira enquanto a auxiliar secava os elementos que seriam moldados, inseri na cavidade bucal da paciente e esperei o tempo de presa final do material de moldagem. Logo depois retirei a moldeira obtendo a moldagem. Como a mucosa da paciente é muito fina e sensível devido às suas condições sistêmicas e as sequelas das doenças, houve sangramento em algumas partes da sua boca. Coloquei a gaze fazendo compressão para estacar o sangue. Fiz alívios no molde com espátula 7 e Lecron, principalmente onde estava a cópia do núcleo metálico fundido (NMF), então manipulei o fluido de uma porção para meia porção de catalisador, coloquei na seringa de elastômero levei no molde onde estava feito os alívios e na oclusal dos elementos onde iriam a moldeira, e fiz a moldagem levando rapidamente a moldeira na cavidade bucal.

Depois fiz a moldagem do antagonista, fiz a escolha da moldeira inferior de acordo com a cavidade bucal do paciente, e repeti o processo de manipulação do material, porém com a quantidade de duas porções de Silicone de condensação e quatro porções de catalisador e procedeu-se a moldagem. Os moldes foram desinfetados. Depois reembasei a coroa provisória com o cimento provisório, retirando todo o excesso com sonda exploradora nº5 e nas proximais com fio dental antes do material tomar presa. Dispensei a paciente, e levei os moldes obtidos para o laboratório de prótese do Unilavras junto com a requisição assinada pela professora Luciana Tourino para o confeccionamento da coroa metaloplástica.

Na penúltima consulta, no dia 21/03/2019, fiz a prova do *coping* e os ajustes no mesmo. Coloquei o papel carbono na pinça Miller e pedi para o paciente morder e fazer movimentos de lateralidade para ver onde havia maior ponto de contato e fui desgastando com a broca 4138. Havia maiores pontos de contato na cúspide mesial vestibular devido a inclinação do segundo molar inferior. Fui fazendo os desgastes até atingir os pontos de contatos leves e necessários. A paciente não reclamou de sentir a prótese alta. Então, logo depois de todos os ajustes realizados, foi reembasado a coroa provisória com cimento provisório Tempbond®. Foi reembalado o *coping* e mandado novamente para o laboratório de prótese para a confecção da coroa metaloplástica.

No último dia de atendimento 28/03/2019, fui ao laboratório recolher a coroa metaloplástica. Cimentei a coroa definitiva com cimento definitivo, utilizei o Carbono na pinça Miller para verificar a oclusão, e fiz pequenos reajustes com a broca 4138.

Figura 34 - Coroa metaloplástica cimentada



Fonte: Elaborada pela autora (2019)

Assim sendo da própria escolha do paciente foi encerrado o tratamento Odontológico na Clínica Odontológica do Unilavras. Apesar de todas as suas debilitações o tratamento ocorreu dentro dos padrões com o prognóstico muito bom, pois a cimentação foi feita corretamente, e a paciente apresenta boa higienização bucal e cuidados com seu quadro de saúde.

2.5. Caso Clínico Mayra Francisca de Matos

2.5.1 Apresentação

Meu nome é Mayra Francisca de Matos, tenho 26 anos, ingressei no curso de Odontologia em fevereiro de 2015, no Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS. Antes de cursar Odontologia fiz Farmácia na Universidade Federal de São João Del Rei – UFSJ, no campus de Divinópolis, mas não concluí o curso. Sempre soube que Odontologia era minha escolha, porém, Farmácia estava na minha segunda opção, acabei tentando, mas foi assim que tive mais certeza que eu queria ser uma dentista.

No 9º período aconteceu um sorteio da disciplina de Estágio Supervisionado, onde acabei escalada para a clínica de Pacientes Especiais. Confesso que meu coração ficou contente com isso, eu sabia que aí começava mais um propósito de Deus em minha vida. O estágio foi realizado na clínica Odontológica do UNILAVRAS com atendimentos nas quintas-feiras de 13h às 16:35, sob a orientação da professora Dr^a Luciana Fonseca de Pádua Gonçalves Tourino.

O caso clínico a seguir é de um paciente que me fez crescer muito como pessoa, que me fez enxergar a vida com outros olhos e me ensinava muito a cada contato, me fazendo também ter a oportunidade de aprimorar meus conhecimentos em pacientes especiais.

2.5.2. Caso Clínico

Trata-se de um paciente do sexo masculino, 5 anos de idade, que chegou acompanhado por sua mãe, diagnosticado com uma doença chamada Esclerose Tuberosa (Figura 35) (hipótese formulada em bases clínicas). Segundo uma Declaração da ABET (Associação Brasileira de Esclerose Tuberosa) (Figura 36) uma das características da doença é o comportamento autista. Porém, ele interage bem

com as pessoas, mas às vezes apresenta certa irritabilidade não conseguindo realizar tarefas que exijam maior tempo para serem realizadas.

A referida criança é dependente para todas as tarefas de autocuidado. Alimenta-se, faz higiene oral e corporal e desloca-se nos ambientes sempre com auxílio de um adulto. Apresenta deficiência na fala, comprometimento na marcha demonstrando muita falta no equilíbrio para andar necessitando da ajuda de pessoas para auxiliá-lo. A família é extremamente carente, porém não mede esforços se deslocando da cidade de Itutinga para os tratamentos odontológicos do filho.

Devido a suas debilitações o paciente faz uso de alguns medicamentos, que são eles:

- Oxcarbamazepina®, que pertence ao grupo de medicamentos denominados anticonvulsivantes ou antiepilépticos (medicamentos para tratar a epilepsia). Os medicamentos antiepilépticos, como a oxcarbamazepina, são tratamento padrão para a epilepsia. A epilepsia é um distúrbio cerebral que leva as pessoas a terem recorrentes crises (ou convulsões). As crises acontecem devido a uma falha temporária na atividade elétrica do cérebro. Normalmente, as células do cérebro coordenam os movimentos do corpo através do envio de sinais através dos nervos para os músculos de forma organizada e ordenada. Na epilepsia, as células do cérebro enviam muitos sinais de forma desordenada. O resultado pode ser uma atividade muscular desordenada, que é chamada de crise epiléptica. A oxcarbamazepina atua mantendo as células nervosas "superexcitadas" sob controle, suprimindo ou reduzindo a frequência das crises. Existem duas classes principais de crises epilépticas: generalizada e parcial. As crises generalizadas envolvem uma ampla área do cérebro, causam perda da consciência e podem afetar todo o corpo.

Existem dois principais tipos de crises generalizadas: tônico-clônicas (grande mal) e crises de ausência (pequeno mal). As crises parciais envolvem uma área limitada do cérebro (isto é, origem focal), mas podem se espalhar para todo o cérebro e podem causar uma crise tônico-clônica secundariamente generalizada. Existem dois tipos de crises parciais: simples e complexa. Nas crises parciais simples, o paciente permanece consciente, enquanto que, nas crises parciais complexas, a consciência do paciente é alterada. (ZYOXIPINA, 2015).

- Clobazam® que é um Ansiolítico (medicamentos que aliviam transtornos da ansiedade) e sedativo (calmante). É um sedativo indicado para tratamento de

sintomas de transtornos psicovegetativos e psicossomáticos sem causas orgânicas diagnosticadas. São exemplos de sintomas de transtornos psicossomáticos: suores, náuseas, agitação, dores de estômago, taquicardia, tensão muscular, sudorese, tremores, tontura, dormência ou dificuldade em respirar. (FRISIUM, 2017).

- Neuleptil®, este medicamento é indicado no tratamento de distúrbios do caráter e do comportamento, revelando-se particularmente eficaz no tratamento dos distúrbios caracterizados por autismo, negativismo, desinteresse, indiferença, bradipsiquismo, apragmatismo, suscetibilidade, impulsividade, oposição, hostilidade, irritabilidade, agressividade, reações de frustração, hiperemotividade, egocentrismo, instabilidade psicomotora e afetiva e desajustamentos. (NEULEPTIL, 2017).

-Topiramato® é um medicamento anticonvulsivante, com múltiplos mecanismos de ação, eficaz no tratamento da epilepsia e na profilaxia da enxaqueca. O topiramato influencia vários processos químicos no cérebro, reduzindo a hiperexcitabilidade de células nervosas, que pode causar crises epiléticas e crises de enxaqueca. (AMATO, 2016).

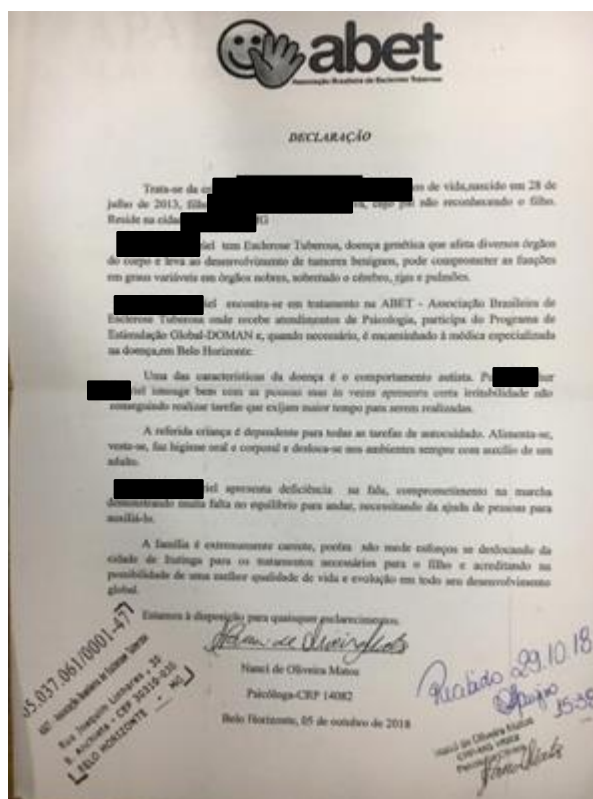
-Clenil® é indicado na prevenção e tratamento da asma brônquica; espasmo brônquico; rinite alérgica perene ou por mudança de estação; rinite vasomotora; rinofaringites; sinusites; doenças inflamatórias e alérgicas das cavidades nasais e paranasais ou da faringe e na prevenção da recorrência de pólipos nasais após remoção cirúrgica. (CLENIL, 2014).

Figura 35 - Paciente especial com Esclerose Tuberosa



Fonte: Imagem obtida pela autora (2019)

Figura 36 - Declaração da ABET



Fonte: Imagem obtida pela autora (2019)

Quando tive o primeiro contato com o paciente e sua mãe, já fiquei encantada com o amor, paciência, carinho e dedicação que sua mãe tinha por ele, aquilo me fez despertar mais amor. Conversando com a mãe eu disse a ela que ele foi um anjinho que entrou em minha vida, ela me deixou emocionada retribuindo o carinho e me dizendo palavras lindas e carinhosas, foi uma vivência inexplicável. Quando acabava os procedimentos ela sempre olhava pra ele e o chamava de gigante, ele respondia com um olhar puro e um sorriso lindo, aquilo me enchia de alegria e gratidão.

2.5.2.1. Esclerose Tuberosa

O termo “deficiência” diz respeito às necessidades especiais intrínsecas à doença/deficiência de que o paciente é portador. Por essa razão, o termo correto da especialidade é: pacientes com necessidades especiais.

Ninguém porta uma necessidade, mas sim, é portador de uma doença ou deficiência que o leva a ter uma necessidade especial em vários aspectos do TODO de que é composto. (VARELLIS, 2005)

Segundo Filho et al. (1998) esclerose tuberosa é uma desordem genética, especificamente é uma anomalia congênita de desenvolvimento embrionário, com manifestações em vários órgãos, tais como: pele, sistema nervoso, o cérebro e os rins, bem como ter uma predisposição para desenvolver tumores benignos.

Segundo um relatório de sua médica “o paciente está em acompanhamento no serviço de genética médica devido ao atraso global no desenvolvimento neuropsicomotor associado à disformismo. Filho segundo de pais não consanguíneos e sadios. O irmão apresentou malformação congênita no trato gastrointestinal, submetido à correção cirúrgica e evoluiu bem com desenvolvimento neuropsicomotor e intelectual, segundo relato da mãe.

O paciente é fruto de gestação aparentemente sem complicações, nasceu de parto vaginal, pesando 3,360Kg, PC(perímetro cefálico)= 34cm e C(comprimento)= 49cm. Apgar 9 e 10. Evoluiu com importante atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM); sustento cefálico por volta dos 7 meses; sentou com 1 ano, não fala frases completas, dependente de terceiros para atividades da vida diária, sem controle esfinteriano.

Ao exame morfológico apresenta alta implantação de cabelo na fronte e baixa em região temporal, sobrancelhas arqueadas, pregas epicondis, fundos palpebrais inclinados para baixo, parte nasal alargada, ponta nasal elevada e bulbosa, filtro nasolabial curto e bem marcado, narinas antevertidas, face média hipoplásica, pés planos, manchas hipocrômicas difusas em região axilar e em tronco à direita, hipotomia generalizada, marcha aféxica.

Exames complementares: Devido a um tombo que o paciente sofreu e veio a bater com a cabeça no chão foi solicitada uma tomografia de crânio (Figuras 37 e 38), e uma ressonância magnética de encéfalo que não apresentaram alterações.

Figura 37 - Tomografia de Crânio



Fonte: Imagem obtida pela autora (2019)

Figura 38 - Tomografia de Crânio



Fonte: Imagem obtida pela autora (2019)

Cariótipo (Figura 39): 47, XY, + mar.

Figura 39 - Cariótipo

APAE
DE
LAVRAS

Avenida Padre Delson, 209 - Centro
Tel.: (35) 3821-1097
Cidade Postal 22
Lavras, Minas Gerais
CEP 37.200-000
Email: apaelavras@apaelavras.org.br

DIRETORIA GERAL
DIRETORIA DE AÇÕES DE SAÚDE
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

I) Motivo:
À GENÉTICA MÉDICA -

II) Identificação:
Nome: [REDAZIDO]
Data/Nasc.: 28/07/2013
Encaminhado para: À GENÉTICA MÉDICA
Data do Relatório: 20/09/2017

III) Relatório Sintese/Diagnóstico:
Trata-se de paciente apresentando quadro de atraso neurocognitivo e epilepsia. Apresenta fônias dismétricas, além de apresentar mononímico cutâneo.
Cariótipo evidenciou 47,XY,+mar.
Solicito avaliação e acompanhamento

IV) Assinatura: _____

Fonte: Imagem obtida pela autora (2019)

De acordo com as alterações acima descritas e resultado apresentado no cariótipo, com a presença do cromossomo marcador, o fenótipo do paciente é compatível com cromossomopatia e, portanto, provavelmente associado à presença do cromossomo marcador. Entretanto, através do cariótipo não é possível determinar a origem específica dessa alteração cromossômica.

No momento, não dispensa acesso a outros exames complementares que permitem definir melhor a alteração cromossômica.

2.5.2.2. Tratamento Odontológico

Na primeira consulta foi feita uma revisão da anamnese do paciente, pois o mesmo já tinha prontuário na Clínica Odontológica do UNILAVRAS, como foi o primeiro contato com o paciente ficamos batendo papo e interagindo, para ele se sentir mais à vontade e ter maior confiança na próxima consulta. Ele se apresentou muito confortável, alegre e muito comportado.

Foi feito o exame clínico intra oral (Figura 40) onde observei juntamente com a professora Luciana que o paciente necessitaria somente de instrução de higiene oral, tratamentos restauradores e aplicações de selantes. Foi estabelecido uma sequência do plano de tratamento. Observamos também que os tecidos moles apresentavam-se normais e sem alteração.

Figura 42 - Exame de biofilme

UNILAVRAS

Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS
CURSO DE ODONTOLOGIA
DISCIPLINA DE ODONTOPEDIATRIA

Paciente: [REDACTED]

Data: 34/03/19

Aluno: Maya F. Latoz

		5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5				
1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7		
		4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7
				8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5		

IBB (%): Placa espessa 3,41 Placa fina 23,86

() Boa – IBE ≤ 5%
() Regular – 5% < IBE < 20%
() Má – IBE ≥ 20%

Fonte: Imagem obtida pela autora (2019)

2.5.2.4. Tratamento Restaurador

Comecei o tratamento restaurador na terceira consulta com o elemento 51, que estava com uma lesão cariada com cavitação na mesial. Foi feita uma radiografia periapical e o plano de tratamento foi uma restauração classe IV com resina composta Filtek Z250 cor A1. No procedimento foi feita a montagem da mesa clínica com os instrumentais de dentística e materiais para restauração. Foi usado o anestésico tópico, que segundo Haddad (2007):

O anestésico tópico anestesia superficialmente a mucosa onde será aplicada a injeção anestésica, sendo efetivos por somente 2 a 3mm de profundidade, facilitando a penetração indolor destes tecidos por uma agulha”. Foi relatado pela mãe que o paciente não apresenta contra indicação à anestésicos, com isso a escolha da solução anestésica foi Lidocaína 2% com felipressina 1: 100.00UI, que segundo Haddad “a introdução dos anestésicos locais na clínica odontológica facilitou o atendimento, promovendo um adequado controle da dor nas intervenções terapêuticas. Esses agentes bloqueiam a geração e condução do impulso nervoso, bloqueando assim a sensação de dor na região onde foi aplicada a droga. (HADDAD, p.46, 2007).

Começamos a remoção do tecido cariado, usando broca de alta rotação 1012, broca de baixa rotação B1 e colher de dentina, porém, durante a remoção do tecido cariado ocorreu uma exposição pulpar, devido a extensão da lesão. Foi feito o isolamento absoluto com lençol de borracha, arco e grampo 212, dicagem com Top

dam® e fotoativação, irrigação, inundação com líquido de Dakin 0,5% e aspiração. De imediato foi feita uma penetração desinfetante com movimento de cateterismo de 2 em 2mm no CRT (9mm), que segundo Lopes e Siqueira (2010) “tem como objetivo o conhecimento da anatomia interna, o esvaziamento inicial do canal radicular e a determinação da odontometria”.

Logo após colocamos embebido em uma bolinha de algodão estéril a medicação de demora tricresol formalina, que segundo Lopes e Siqueira (2010) “é um potente agente antimicrobiano e age tanto por contato quando à distância (por meio de vapores)”. Em seguida foi feito o selamento do dente em questão com coltosol e ionômero de vidro modificado, com intuito de selar e não deixar o meio exposto à cavidade bucal e contaminações. Antes de começar este procedimento relatado acima eu estava muito nervosa, com medo do paciente ficar irritado e não colaborar. Para minha surpresa foi totalmente ao contrário, ele se apresentou bem calmo e colaborador desde a anestesia até o momento final.

Na consulta seguinte o paciente chegou à clínica odontológica muito sonolento, a mãe relatou que ele teve febre de 40 graus desde a última quinta de tratamento odontológico. Chamei a doutora Luciana e relatei o que a mãe havia me dito, sendo assim, achamos melhor não realizar nenhum procedimento nesse dia, devido à suas condições de saúde. A mãe disse também que levou o paciente ao médico em sua cidade e ele não soube dizer o que estaria causando essa febre. Na semana seguinte eles retornaram à clínica Odontológica do UNILAVRAS, o paciente já estava bem, a mãe disse que o havia levado em sua médica em Belo Horizonte e que ela relatou que a febre não tinha relação com o tratamento odontológico, que o paciente teve apenas uma virose.

Então, nessa mesma consulta começamos o segundo passo do tratamento do elemento 51. Foi feita a técnica anestésica infiltrativa, com a solução anestésica Lidocaína 2% com epinefrina 1: 100.00UI e agulha curta, remoção do ionômero de vidro com broca 1012, não foi removido o selamento triplo por completo para evitar a contaminação do canal radicular, isolamento absoluto com lençol de borracha, arco e grampo 212, dicagem com Topdam® e fotoativação, remoção do coltosol com colher de dentina e remoção da bolinha de algodão com auxílio de uma sonda, instrumentação com as limas k #60 #70, com irrigação, inundação e aspiração com o líquido de Dakin 0,5% entre cada lima. Foi feita a pasta para obturação, composta de Óxido de Zinco e Eugenol + Formocresol. A introdução desta pasta no canal

radicular foi feita com uma lima K #70, no sentido horário na inserção e anti horário na remoção, para que a pasta permanecesse no canal e não saísse junto com a lima. Foi feita uma compressão na entrada do canal com uma bolinha de algodão, em seguida, selamento com coltosol e ionômero de vidro modificado, remoção do isolamento absoluto e checagem da oclusão com carbono.

Após 20 dias foi feita a restauração definitiva Classe IV envolvendo a mesial, vestibular e palatina do elemento 51, com Resina Composta Z350 Filtek WD.

Tratamento do elemento 75 (Figura 43): a técnica anestésica usada foi a pterigomandibular, que segundo Guedes-Pinto e Mello-Moura (2016) está indicada para intervenções em todos os dentes inferiores decíduos e permanentes, bem como para intervenções no tecido ósseo e mucoso da mandíbula e do lábio inferior com solução anestésica lidocaína 2% com epinefrina 1: 100.00UI, isolamento absoluto com lençol de borracha, arco e grampo 206, dicagem com top dam e fotoativação, acesso ao tecido cariado com broca de alta 1012 e remoção com broca de baixa B1, escolha da cor (resina composta Filtek Z250 cor A1) “condicionamento com ácido fosfórico a 37% aplicado sobre o esmalte e a dentina por 15 segundos, com cuidado para que se estenda 1 a 2 mm além das margens, para assegurar um condicionamento adequado.

Após lavagem abundante, o excesso de umidade da dentina é removido com uma bolinha de algodão e o esmalte é seco com jatos de ar. A seguir, foi aplicado 2 camadas de adesivo Single Bond 2, os solventes são volatilizados com um jato de ar e a espessura de película é uniformizada com um pincel descartável. Por fim, realiza-se a fotoativação. Aplicação incrementalmente da resina, de forma a reproduzir a anatomia dental original, a cada pequena camada de incremento uma fotoativação de 5 segundos. Após a cavidade toda preenchida a fotoativação é feita por 40 segundos. (BARATIERI; MONTEIRO, 2012)

Remoção do isolamento absoluto, acabamento e polimento, checagem da oclusão.

Figura 43 - Elemento 75



Fonte: Imagem obtida pela autora (2019)

Tratamento do elemento 61 (Figura 44): Foi feita uma restauração Classe IV na mesial. A técnica anestésica foi infiltrativa, a escolha da solução anestésica foi Lidocaína 2% com epinefrina 1: 100.00UI. A remoção da cárie foi feita com colher de dentina, pois já havia cavitação. Após a remoção de todo tecido cariado fizemos o isolamento absoluto com grampo 212, lençol de borracha e arco, condicionamento com ácido fosfórico a 37%, 2 camadas de adesivo Single Bond 2. A resina que foi usada primeiro foi a resina de dentina (Resina Filtek Z350 XT A1D), logo após foi colocada a resina de esmalte (Resina Filtek Z250 XT cor A1), foi feito o acabamento e polimento com broca 3118F e 3195FF. O resultado desse procedimento se encontra na Figura 45.

Figura 44 - Elemento 61



Fonte: Imagem obtida pela autora (2019)

Figura 45 - Elemento 61 restaurado



Fonte: Imagem obtida pela autora (2019)

Tratamento do elemento 65: Foi feita uma restauração Classe I na oclusal e palatina, a técnica anestésica foi infiltrativa, a escolha da solução anestésica foi Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.00UI. O acesso a cárie foi feito com broca 1011, em seguida foi feita a remoção com broca B2 em baixa rotação. Após a total remoção do tecido cariado foi feita a restauração com Resina Composta Z250 Filtek cor B1.

Na última consulta foi realizado o tratamento remineralizante do elemento 62 com verniz Duraphat e aplicação de selante Meron nos elementos 55 e 85. Infelizmente não foi possível o registro fotográfico dos dois últimos procedimentos devido a agitação que o paciente se encontrava. Sendo assim, concluímos o tratamento do mesmo.

Foi difícil a despedida, saber que ele não alegraria mais as minhas quintas feiras, mas a sensação de dever cumprido, a satisfação e gratidão com que ele e a mãe me agradeceram me confortaram um pouco.

Figura 46 - Despedindo do paciente



Fonte: Imagem obtida pela autora (2019)

3. AUTOAVALIAÇÃO

3.1. Gabriel Avelar Pereira Américo

Odontologia não foi o primeiro curso que escolhi quando me formei, percorri outros caminhos até que comecei a cursar Odontologia e hoje me sinto realizado, acredito que fiz a escolha certa.

Apesar de sempre ter tido facilidade com as ciências exatas e até ter cursado um curso de engenharia, me vi muito interessado pelas matérias básicas do início do curso e percebi que a área de saúde seria mesmo o meu caminho.

Posteriormente durante o curso me via atraído pela parte restauradora da Odontologia, principalmente na área estética, área que meu pai também atua. Ao acompanhá-lo percebia a felicidade que os pacientes ficavam ao terem a estética reestabelecida, a mudança no sorriso destes foi o que mais me empolgou na Odontologia.

Embora tenha escolhido Prótese como minha área principal, durante o curso busquei também outras disciplinas que trabalhassem com a parte estética como a Ortodontia e a Periodontia na parte de plásticas periodontais, e tive a sorte durante a clínica de Odontopediatria tratar um paciente que precisava de ambos.

Foi ao finalizar o caso aqui relatado que tive certeza da minha profissão como Cirurgião Dentista, e defini minha vontade de buscar ajudar meus pacientes a sorrirem com confiança e a ajudar na melhora de qualidade de vida destas pessoas, dado que é importante nos preocuparmos não só com os dentes mais também com os indivíduos, bem como com a auto estima dos mesmos.

3.2. Gabriela Carvalho Stevanato

Desde criança queria ser uma profissional da saúde. Queria ser dentista, médica, enfermeira, entre outros, mas os caminhos de Deus me levaram até a Odontologia.

No início não era o que eu imaginava, mas com os passar dos períodos fui me encontrando cada vez mais e hoje posso dizer que escolhi a profissão certa para minha vida.

Quando estava no quinto período, descobri que estava grávida. Fiquei afastada durante um mês para poder me recuperar e voltei. Confesso que não foi uma situação fácil, passei por muitos problemas pessoais e sociais, mas que me

fizeram mais forte e com mais vontade de chegar onde cheguei, de me formar de ser uma Cirurgiã- Dentista.

Amadureci muito nesse tempo, pude conhecer pessoas maravilhosas com histórias realmente emocionantes, me apeguei a alguns pacientes e vou levá-los comigo para todo o sempre, sem dúvidas eles me fizeram ser uma pessoa melhor, que escuta, acolhe e ampara quem estiver precisando.

Só tenho a agradecer por essa experiência incrível, por todos os momentos vividos aqui. O meu verdadeiro muito obrigada!

3.3. Karina Mendes Nunes de Oliveira

Durante esses anos de faculdade, pude aprender bastante, não só sobre a Odontologia, mas sobre humanidade. Ao ingressar na faculdade, não imaginava a quantidade de pessoas que teria contato e isso me fez amadurecer, pois a convivência com os pacientes me fez entender que nós, dentistas, temos que atendê-los como um todo, temos que ter carinho, compaixão e empatia por cada um e sua história de vida, pois lidamos com seres humanos que muitas vezes necessitam de um sorriso e uma demonstração de afeto.

O caso desta paciente me fez entender muito sobre a Odontologia, em como a integração das áreas é importante. Foi muito bom ter tido a oportunidade de realizar os procedimentos e ter aprendido mais sobre cada um deles.

Com esse caso me interessei mais com a Periodontia, uma área que até então não tinha muito interesse. Hoje vejo que a Periodontia é uma das áreas que mais me chama atenção, foi a que escolhi para fazer Atividades Vocacionais e a cada dia que passa tenho a certeza que pretendo seguir neste caminho e me dedicar.

3.4. Letícia Nascimento Nogueira

No início do curso de Odontologia me sentia um pouco deslocada e desatenta a tamanha oportunidade que estava recebendo na minha vida. Durante esses 5 anos o curso mudou radicalmente a minha vida pessoal e social. Com o passar do tempo o meu processo de amadurecimento, foco e determinação só foi aumentando, comecei a me sentir mais centrada, organizada, e disposta cada vez mais de correr atrás do meu sonho.

Durante a caminhada fui percebendo o meu crescimento e em cada dificuldade me doava ao máximo para ser uma melhor filha e uma futura Cirurgiã Dentista qualificada. A cada momento vivenciado e pessoas que passaram pela minha vida neste 5 anos, me fizeram crescer de alguma forma. A Odontologia me proporcionou oportunidades com vários pacientes em diversas situações, que, cada um com suas peculiaridades, me fazia ter cada vez mais certeza, que me sentir realizada é poder fazer o bem para o próximo. Neste caso em especial, foi a paciente que mais me marcou, sentir o afeto dela pela vida apesar das circunstâncias, receber o carinho e a confiança, foi muito emocionante e gratificante. Com isso, senti que estava no caminho certo. Futuramente pretendo atuar na área da Odontologia, participar em ONG's, aprimorar meu conhecimento com especializações e cursos, e atuar nas Forças Armadas como a Marinha.

Hoje, em especial, sou eternamente grata por cada momento, por cada pessoa que passou pela a minha vida, pelo apoio de Deus, da minha mãe, da minha avó, e do meu avô que virou um anjo da guarda sempre me guiando nesse processo. Levarei todas as lições aprendidas para o resto da minha vida.

3.5. Mayra Francisca Mattos

Desde minha infância eu sempre disse que seria uma Dentista, sempre tive muita curiosidade sobre essa profissão tão linda, fui crescendo e me amadurecendo e a certeza de que eu queria esse curso só aumentava, porém, o curso de Farmácia também me despertava interesse, cursei farmácia e acabei não me identificando com o curso. Então, corri atrás do meu verdadeiro sonho e me ingressei no curso de Odontologia.

Durante esses 5 anos de faculdade eu vivenciei coisas que me fizeram crescer muito, fiquei longe das pessoas que eu mais amo na vida, passei por dias difíceis e por dias felizes, porém, sempre com fé em Deus e em Nossa Senhora. Hoje eu me sinto imensamente grata por cada momento que passei na faculdade, por cada ensinamento, até mesmo as noites de sono perdidas, e sei que sentirei muitas saudades dessa época.

A Clínica de Pacientes Especiais foi a vivência que mais marcou minha vida durante minha trajetória aqui, sempre tive muito afeto por essas pessoas, mas quando se vive de perto esse amor, esse carinho que eles nos transmitem, essa sinceridade que eles tem, esse amor à vida, tudo em nossa volta fica mais lindo e

mais leve. Passei e ver a vida com outros olhos, a enxergar mais amor e ser mais humana.

4. CONCLUSÃO

Após a execução deste portfólio, concluímos que todas as vivências e experiências nos enriqueceram e possibilitaram que evoluíssemos, fatos esses que tornaram possíveis a nossa capacitação e formação profissional como Cirurgiões Dentistas. Também foi oportunizado várias experiências que nos ajudaram a amadurecer como pessoas, nos tornando mais humanos.

As discussões em grupo, bem como esta escrita em conjunto, possibilitou que aprendêssemos uns com uns outros de forma extremamente significativa. Nossa orientadora auxiliou de forma bastante positiva na escrita deste trabalho.

Sairemos da graduação mais experientes e agradecidos por todos os ensinamentos ao longo desses cinco anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMATO: Topiramato. Eurofarma, São Paulo, 2016. Bula de remédio.

BARBANTI, M. et al. Prevalence and Impact of Preoperative Moderate/ Severe Tricuspid Regurgitation on Patients Undergoing Transcatheter Aortic Valve Replacement. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*, 85:677–683, 2015.

BARATIERI L. N.; MONTEIRO JR. S., et al. *Odontologia Restauradora Fundamentos e Técnicas*. Editora Santos, 1ª edição, 2012.

BIFULCO, V.A.; FERNANDES, H. J.; BARBOSA, A.B. *Câncer: uma visão multiprofissional*. Barueri: Manole, 3ª edição, 2010.

BRANDÃO, B. A. et al. Importância de um exame clínico adequado para o atendimento odontológico. *Ciências Biológicas e de Saúde, Unit, Alagoas*, v. 5, n. 1 , 2018.

BVS APS. Como e quando indicar a profilaxia com antibióticos em valvopatas? São Paulo, Brasil, 2015. Disponível em <<http://aps.bvs.br/aps/como-e-quando-indicar-a-profilaxia-com-antibioticos-em-valvopatas/>> Acesso em 12 abril 2019.

CACELA, D. et al. Terapêutica percutânea da insuficiência mitral: experiência inicial com o dispositivo MitraClip. *Revista Portuguesa de Cardiologia - Portuguese Journal of Cardiology*, 2015.

CARDIZEM: cloridrato de diltiazem. Boehringer Ingelheim, Paulínea. 2015. Bula de remédio.

ANVISA. Antimicrobianos, bases teóricas e usos clínicos. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/servicosade/controle/rede_rm/cursos/rm_controle/opas_web/modulo1/sulfonamidas.htm> Acesso em 14 Novembro 2019.

CARVALHO, B. et al. O emprego dos anestésicos locais em Odontologia: Revisão em Literatura. Revista Brasileira de Odontologia, Rio de Janeiro, v.70, n.2, p. 178-81, 2013.

CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. S. Fatores Associados ao abandono do Tratamento da Tuberculose: Uma Revisão Integrativa. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 20, n. 3, 2011.

CLENIL: Dipropionato de beclometasona. Chiesi Farmacêutica, São Paulo, 2014. Bula de remédio.

COHEN, S.; HARGREAVES, K. M. Caminhos da Polpa. Elsevier Health Education, 10ªed., 2011.

CUNHA, A. R. F. M. D. Facetas de porcelana vs facetas de resina composta. Universidade Fernando Pessoa: Porto, 2013.

FALABELLA, M.E. et al. Aumento de coroa clínica – relato de casos clínicos. Braz J Periodontol, Belo Horizonte, v. 25, n.2, 2015.

FILHO, J. S. R. et al. Esclerose Tuberosa: Relato de caso com estudo histopatológico e ultraestrutural. Arq. Neuropsiquiatra, São Paulo, v. 56, n.3B, 1998.

FRISIUM: Clobazam. Sanofi-Aventis Farmacêutica, São Paulo, 2017. Bula de remédio.

GOUVÊA, M.; NOVAES, C.; IGLESIAS, A.C.; Avaliação da antibioticoprofilaxia em pacientes cirúrgicos no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Rev. Col. Bras. Cir., v.43, n.4, 2016.

GUEDES-PINTO, A. C.; MELLO-MOURA, A. C. V. Odontopediatria. Santos: São Paulo, 9ª Edição, 2016.

HADDAD A. S. Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. Editora Santos, 2ª edição, 2007.

HARPENAU, L. A. et al. Periodontia e Implantodontia: Algoritmos de Hall para Prática Clínica. Editora Santos, 5ªed., 2016.

JUNIOR, E. A.; YAMASHITA, H. Aspectos básicos de tomografia computadorizada e ressonância magnética. Revista Brasileira Psiquiatria, São Paulo, v.3, 2001.

JUNIOR, J. L. A. L.; GONÇALVES, L. V.; CORREIA, A. A.; Alimentos x Cárie: a ingestão do açúcar em excesso como fator estimulante do desenvolvimento da doença. Ciências Biológicas e de Saúde, Recife, v.2, n.2, 11-20, 2015.

LOPES, H.P.; SIQUEIRA, J.R. Endodontia: biologia e técnica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2ª edição, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hipertensão/pressão alta: sintomas e tratamento. saúde.gov.br, 2017. Disponível em < <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao>> Acesso em 14 Nov, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Câncer de mama: sintomas, tratamentos, causas e prevenção. Ministerio da saúde. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer-de-mama>> Acesso em 23 Mai. 2019.

NEULEPTIL: Periciazina. Sanofi-Aventis Farmacêutica, São Paulo, 2017. Bula de remédio.

NÓBREGA, M. L.; BARBOSA, C. C. N.; BRUM, S. C.; Implicações da perda precoce em odontopediatria. Revista Pró-UniverSUS. 61-67, 2018.

PÁDUA, J. M.; TELES, R. F. CAD/CAM no laboratório e na clínica: a odontologia digital. Napoleão, Nova Odessa, SP, 2017.

SANTOS, K. S.; VASCONCELOS, M. G.; VASCONCELOS, R. G.; Flúor: mecanismo de ação e prescrição terapêutica para diferentes situações clínicas. *Odontol. Clín. - Cient.*, Recife, 18, 7-13, 2019.

SAÚDE BEM ESTAR. Qualidade de Vida. 2015. Disponível em <<https://www.saudebemestar.pt/pt/blog-saude/qualidade-de-vida/>> Acesso em 23 Abr. 2019.

SOARES, M. O. M. et al. Impacto da anamnese para o cuidado integral: Visão dos estudantes portugueses. *Revista Brasileira Promoção de Saúde*, Fortaleza, v. 29, p. 66-75, dez., 2016.

SOTTO, Bruno Salles. Aplicabilidade clínica dos avanços da tecnologia CAD-CAM em Odontologia. *HU Revista*, Juiz de Fora, v.44, n.i, p. 29-34, 2018.

STEFANINI, E.; KASINSKI, N.; CARVALHO, A. C. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar: Cardiologia*. Editora Manole, 2ªed., 2009.

TAKEUCHI, Cristina Yoshie Garcia. Efeito da fumaça de cigarro nas propriedades de resinas compostas e substratos dentais. 2007. 95 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araraquara, 2007.

TANGANELI, J.P; RIBAS, C.M.J; E ZIMERMANN A.C.F.R; Tuberculose e as suas manifestações na ATM, uma revisão de literatura. *Revista Odonto*, São Paulo. 2016.

VARELLA, D. Aneurisma. *Biblioteca Virtual da Saúde*, Ministério da Saúde, 2018. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2795-aneurisma>> Acesso em 23 abr. 2019.

VARELLIS, M. L. Z. *O paciente com necessidades especiais na odontologia: manual prático*. São Paulo: Liv. Santos, 2005.

VOLPATO, C. et al. *Próteses Odontológicas: Uma Visão Contemporânea Fundamentos e Procedimentos*. Editora Santos, 2012.

VICTORINO, I. P. et al. Serviço de Radiologia Odontológica: imagens radiográficas na atenção odontológica. 8º Congresso de Extensão Universitária da UNESP, 2015.

ZYOXIPINA: Oxcarbazepina. Zydus Nikkho Farmacêutica, Rio de Janeiro, 2015.
Bula de remédio.