CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

PORTFÓLIO ACADÊMICO

ANDRÊYNNA MÁYRA NASCIMENTO AVELAR RIBEIRO
CAMILE APARECIDA DA SILVA
KATHLEEN LOPES DE SOUZA OLIVEIRA
MARIA ELISA CARVALHO FREIRE
MORGANA SILVA PINHEIRO

LAVRAS - MG
2024

ANDRÊYNNA MÁYRA NASCIMENTO AVELAR RIBEIRO
CAMILE APARECIDA DA SILVA
KATHLEEN LOPES DE SOUZA OLIVEIRA
MARIA ELISA CARVALHO FREIRE
MORGANA SILVA PINHEIRO

PORTFÓLIO ACADÊMICO

Portfólio acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras, como parte das exigências da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, do curso de graduação em Odontologia.
Orientadora: Prof[a]. Dr[a]. Luciana Fonseca Pádua Gonçalves Tourino.

LAVRAS - MG
2024

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

R484p

Ribeiro, Andrêynna Máyra Nascimento Avelar.
Portfólio acadêmico / Andrêynna Máyra Nascimento Avelar Ribeiro, Camile Aparecida da Silva, Kathleen Lopes de Souza Oliveira, Maria Elisa Carvalho Freire, Morgana Silva Pinheiro. – Lavras: Unilavras, 2024.

81f. : il.

Portfólio acadêmico (Graduação em Odontologia) – Unilavras, Lavras, 2024.

Orientador: Prof.ª Luciana de Pádua Gonçalves Tourino.

1. Disjunção maxilar. 2. Alveólise. 3. Líquen plano erosivo. 4. Prótese imediata. I. Silva Camile Aparecida. II. Oliveira, Kathleen Lopes de Souza. III. Freire, Maria Elisa Carvalho. IV. Pinheiro, Morgana Silva. V. Tourino, Luciana de Pádua Gonçalves. (Orient.). VI. Título.

ANDRÊYNNA MÁYRA NASCIMENTO AVELAR RIBEIRO
CAMILE APARECIDA DA SILVA
KATHLEEN LOPES DE SOUZA OLIVEIRA
MARIA ELISA CARVALHO FREIRE
MORGANA SILVA PINHEIRO

PORTFÓLIO ACADÊMICO

Portfólio acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras, como parte das exigências da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, do curso de graduação em Odontologia.
Orientadora: Profª. Drª. Luciana Fonseca Pádua Gonçalves Tourino.

Aprovado em:___/___/___

_____

ORIENTADORA
Profª. Drª. Luciana Fonseca Pádua Gonçalves Tourino - Centro Universitário de Lavras (Unilavas)

_____
_____

MEMBRO DA BANCA
Profª. Drª. Renata de Carvalho Foureaux - Centro Universitário de Lavras (Unilavras)

LAVRAS - MG
2024

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradecemos a Deus, cuja presença constante em nossas vidas foi a luz que nos guiou em cada passo desta jornada. Sua graça infinita nos sustentou nos momentos de incerteza e sua força nos capacitou a superar cada desafio que encontramos ao longo do caminho.

Senhor, somos profundamente gratas por nos conceder a sabedoria necessária para seguir em frente, mesmo quando as dificuldades pareciam insuperáveis. A Tua mão, sempre estendida, foi o alicerce que nos manteve firmes e a fonte de inspiração que renovou em nós a coragem e a esperança.

Aos nossos queridos pais, nossas palavras jamais poderão expressar a profundidade de nossa gratidão. Vocês foram o nosso porto seguro, uma base sólida sobre o que construímos cada sonho e cada conquista. Foi pelo amor incondicional de vocês que encontramos a força para persistir nos momentos mais difíceis, e foram seus exemplos de dedicação e coragem que nos inspiraram a seguir em frente, mesmo quando o caminho parecia árduo. Obrigado por acreditarem em nós, mesmo quando duvidávamos das nossas próprias capacidades. Por cada sacrifício feito, por cada conselho sábio e por cada palavra de incentivo. Seremos eternamente gratas. Vocês nos ensinaram o verdadeiro significado de determinação e amor, e esse aprendizado foi o alicerce que nos sustentou ao longo de toda a nossa jornada.

À nossa querida orientadora, Profa. Dra. Luciana Tourino Gonçalves Pádua, expressamos nossa profunda gratidão por sua orientação e apoio durante toda esta jornada acadêmica. Sua dedicação, paciência e sabedoria foram essenciais para que pudéssemos superar desafios e buscar sempre o melhor. Agradecemos por estar disponível para nos ouvir, esclarecer dúvidas e oferecer conselhos importante. Levaremos conosco um grande respeito e admiração pela sua competência e compromisso com a excelência. Muito obrigada por ser mais do que uma orientadora, mas uma verdadeira mentora nesta etapa importante de nossas vidas.

Gostaríamos de expressar nossa profunda gratidão a todos os mestres, que com seu conhecimento, dedicação e paixão pelo ensino, desenvolveram de maneira significativa a nossa formação. Vocês foram mais do que transmissores de conhecimento, foram exemplos de compromisso com a educação, cujas lições que vão além do conteúdo acadêmico, moldaram nosso desenvolvimento pessoal e profissional. Agradecemos por cada ensinamento, desafio e palavra de incentivo que inspiraram nossa jornada.

Gostaríamos de expressar nossa sincera gratidão a todos os pacientes, que com sua confiança e colaboração, foram essenciais para a realização deste trabalho. Suas histórias e

experiências nos proporcionaram aprendizados valiosos, permitindo que aprofundássemos nosso conhecimento e aprimorássemos nossas habilidades. Agradecemos pela paciência, pelo tempo dedicado e pela disposição em compartilhar suas vivências, o que nos ensinou a importância da empatia e do respeito no cuidado com o outro.

É com grande satisfação que prestamos nossa homenagem a cada integrante deste portfólio, o nosso grupo de TCC. Enfrentamos desafios, superamos obstáculos e alcançamos conquistas notáveis, graças ao compromisso e a dedicação de todas. A união das nossas habilidades e perspectivas formou a base sólida deste projeto, e a colaboração mútua foi essencial para o sucesso que celebramos hoje.

Agradecemos profundamente por cada contribuição e por fazer desta jornada uma experiência enriquecedora e memorável. Que a amizade e o espírito de equipe que cultivamos continuem a nos acompanhar em nossos futuros desafios.

“Nada acontece que Deus não tenha previsto desde toda eternidade.”

Santa Terezinha

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Escavação em massa nos dentes 51 e 61 e Restauração com Ionômero de vidro dente 52. 18
Figura 2 Bandas U30 nos molares decíduos 55 e 65. 19
Figura 3 Moldagem com silicone de condensação Zetaplus. 19
Figura 4 Transferência das bandas U 30 para o molde. 20
Figura 5 Modelo de Gesso tipo IV. 20
Figura 6 Disjuntor no modelo de Gesso tipo IV pronto para instalação. 20
Figura 7 Disjuntor em posição e cimentado com ionômero de vidro Meron. 21
Figura 8 Radiografia oclusal. 22
Figura 9 Fotografia do disjuntor instalado. 22
Figura 10 Disjuntor com amarrilho. 23
Figura 11 Radiografia com o amarrilho após a conclusão da disjunção. 23
Figura 12 Fotografia após a conclusão da disjunção. 24
Figura 13 Radiografia após 6 meses do amarrilho para verificação da sutura palatina mediana. 24
Figura 14 Disjuntor removido. 25
Figura 15 Resultado final da disjunção. 25
Figura 16 Consultas iniciais. 28
Figura 17 Radiografia periapical inicial. 29
Figura 18 Radiografia final – obturação. 31
Figura 19 Radiografia de proservação. 32
Figura 20 Imagem ilustrativa de alveólise. 33
Figura 21 Imagens da situação clínica atual. 34
Figura 22 Aspecto clínico bucal inicial. 37
Figura 23 Aplicação do laser vermelho intraoral. 38
Figura 24 Receituário odontológico. 39
Figura 25 Evolução das lesões em áreas de gengiva e língua. 40
Figura 26 Evolução do tratamento – regressão das lesões. 41
Figura 27 Receituário..... 42
Figura 28 Estágio de evolução das lesões bucais. 45
Figura 29 Pontos de aplicação oral de laser vermelho. 46
Figura 30 Exame radiográfico inicial do paciente. 48

Figura 31 Carta enviada ao médico. 50
Figura 32 Relatório médico. 51
Figura 33 Receituário para profilaxia antibiótica. 51
Figura 34 Foto de antes e depois das restaurações dos dentes anteriores. 52
Figura 35 Oclusão do paciente. 53
Figura 36 Antes e depois da restauração do elemento 17. 53
Figura 37 Articulador montado. 54
Figura 38 Inserção da esponja de fibrina. 55
Figura 39 Alvéolo pós cirúrgico. 55
Figura 40 Dente 41 extraído. 55
Figura 41 Pós cirurgia do dente 31. 56
Figura 42 Prótese provisória. 56
Figura 43 Antes e depois da instalação da prótese provisória. 57
Figura 44 Paciente com sua prótese. 58
Figura 45 Radiografia panorâmica da paciente. 60
Figura 46 Radiografias periapicais. 61
Figura 47 Periograma gerado pelo aplicativo Periotools. 62
Figura 48 Imagens clinicas da arcada superior da paciente. 63
Figura 49 Modelo da arcada superior da paciente. 63
Figura 50 Montagem do articulador com o modelo e a base de prova da paciente. 64
Figura 51 Dentes e cor da gengiva selecionados. 64
Figura 52 Protése imediata superior e o guia cirúrgico. 65
Figura 53 Solicitação de recomendação do médico responsavél. 66
Figura 54 Carta de liberação do médico à paciente. 67
Figura 55 Prescrição medicamentosa para a paciente, pré e pós-cirúrgica. 67
Figura 56 Situação clínica da arcada superior após exodontias. 68
Figura 57 Situação clínica da arcada superior após exodontias com suturas. 69
Figura 58 Reembasamento da prótese total superior. 69
Figura 59 Paciente com a protése pronta e adaptada. 70
Figura 60 Paciente com protése imediata superior e inferior. 71
Figura 61 Paciente com protése definitiva superior e inferior. 71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Recomendações a serem seguidas pelos cirurgiões dentistas. 43

LISTA DE SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
COVID-19	Novo Coronavírus
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
J	Jaule
LCNC	Lesões Cervicais Não Cariosas
mg	miligramas
mm	milímetros
mmHg	milimetros de mercúrio
Ms	Mestre
OD	ocluso-distal
PAVM	Pneumonia Aspirativa Associada a Ventilação Mecânica
PPR	Prótese Parcial Removível
PROUNI	Programa Universidade Para Todos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12

2 DESENVOLVIMENTO 14

2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Andrêynna Máyra Nascimento Avelar Ribeiro 14

2.1.1 Desenvolvimento da atividade 15

2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Camile Aparecida da Silva 26

2.2.1 Desenvolvimento da atividade 27

2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Kathleen Lopes de Souza Oliveira 35

2.3.1 Desenvolvimento da atividade 37

2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Maria Elisa Carvalho Freire 47

2.4.1 Desenvolvimento da atividade 48

2.5 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Morgana Silva Pinheiro 58

2.5.1 Desenvolvimento da atividade 60

3 AUTOAVALIAÇÃO 71

3.1 Autoavaliação da aluna Andrêynna Máyra Avelar Nascimento Ribeiro 72

Autoavaliação da aluna Camile Aparecida da Silva 72

3.3 Auto avaliação da aluna Kathleen Lopes de Souza Oliveira 73

3.4 Autoavaliação da aluna Maria Elisa Carvalho Freire 74

3.5 Autoavaliação da aluna Morgana Silva Pinheiro 74

4 CONCLUSÃO 76

REFERÊNCIAS 77

1 INTRODUÇÃO

Encontramos na Odontologia nossa verdadeira vocação, e isso nos enche de uma profunda gratidão. A cada dia que passa, somos reafirmadas na certeza de que escolhemos o caminho certo, guiadas por uma paixão que dá propósito ao nosso trabalho. Sabemos que o valor da nossa profissão vai além da técnica; está em promover a saúde e elevar a autoestima dos nossos pacientes. "O sucesso genuíno reside na capacidade de tocar e transformar vidas," e é essa habilidade transformadora da Odontologia que nos inspira a continuar fazendo a diferença no mundo.

Exercer a Odontologia com amor e dedicação nos traz a recompensa de ver o brilho nos olhos e o sorriso sincero daqueles que atendemos. "A gratidão é a memória do coração," e essa memória nos acompanha, lembrando-nos do impacto positivo que nosso trabalho tem na vida das pessoas. Sentimo-nos profundamente privilegiadas por contribuir para a saúde bucal de nossa comunidade, melhorando a qualidade de vida dos nossos pacientes.

Este portfólio é a prova viva da nossa incansável dedicação ao aprimoramento das nossas habilidades e conhecimentos, com o propósito de oferecer um atendimento odontológico de excelência, como o que tivemos a honra de proporcionar na Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS). "O aprendizado é uma jornada contínua, e cada nova experiência nos guia para mais perto da perfeição," e é com imensa alegria e emoção que compartilhamos essas vivências.

A aluna Andrêynna Máyra Nascimento Avelar Ribeiro apresentará o relato de um tratamento odontológico integral, realizado em uma criança, com seis anos de idade, que apresentava mordida cruzada bilateral. Será enfatizado o tratamento ortodôntico realizado na Clínica Infantil, que consistiu na utilização de disjuntor maxilar, buscando melhorar a qualidade de vida da paciente, além de recuperar a parte funcional da mesma.

A aluna Camile Aparecida da Silva apresentará um caso realizado na Clínica Infantil II, no ano de 2023, de um tratamento endodôntico de um paciente de oito anos de idade, no qual durante a proservação do caso, constatou-se a presença de alvéolise. A evolução do quadro clínico demonstrou a necessidade de um acompanhamento efetivo e bem feito em casos mais complexos e com prognósticos desfavoráveis.

A aluna Kathleen Lopes de Souza Oliveira apresentará um relato de caso clínico que deixou um impacto significativo em sua trajetória profissional. Trata-se de uma paciente de 38 anos que foi atendida na Clínica de Pacientes Especiais do Unilavras, com um histórico de Epilepsia e alterações motoras decorrentes de um Acidente Vascular Cerebral (AVC)

isquêmico. A principal queixa da paciente era a presença de lesões bucais, que, após diagnóstico, foram identificadas como Líquen Plano Erosivo e Pênfigo Vulgar. O diagnóstico e tratamento adequados proporcionou qualidade e bem-estar à paciente. Este caso não apenas desafiou as suas competências clínicas, mas também deixou um legado profundo em sua formação como profissional da Odontologia.

A aluna Maria Elisa Carvalho Freire apresentará o relato de um atendimento na Clínica de Pacientes Especiais, durante o 1º semestre de 2023, referente a um paciente idoso com insuficiência renal crônica, no qual executou um atendimento odontológico integral. Neste relato, destacará a abordagem adotada, que considerou tanto os aspectos gerais da saúde quanto os fatores psicológicos envolvidos no tratamento, buscando oferecer um cuidado abrangente e sensível às necessidades específicas do paciente.

A aluna Morgana Silva Pinheiro, relata um caso de prótese total imediata superior e inferior, realizada na Clínica Integrada I, com múltiplas extrações, buscando uma reabilitação oral, melhora na qualidade de vida e estética da paciente.

Desejamos que este trabalho reflita o nosso compromisso firme em zelar pela saúde bucal e levar confiança aos sorrisos dos nossos pacientes, reafirmando a profunda dedicação e paixão que nutrimos por esta profissão tão nobre e transformadora.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Andrêynna Máyra Nascimento Avelar Ribeiro

Meu nome é Andrêynna Máyra Nascimento Avelar Ribeiro, tenho 22 anos e sou natural de Lavras, Minas Gerais. Logo após meu nascimento, mudei-me para Santo Antônio do Amparo, MG, e permaneci lá até completar 18 anos. Desde a infância meu desejo era ingressar em uma profissão na qual eu pudesse ajudar muitas pessoas. Apesar desse desejo, nunca imaginei cursar Odontologia, já que na minha família não há nenhum dentista.

Em 2019, quando foi lançado o edital para o vestibular, meus pais me incentivaram a realizar a prova e também a fazer Odontologia, pois era uma profissão que eu poderia gostar muito. Fui aprovada no Processo Seletivo do UNILAVRAS e me mudei para Lavras em fevereiro de 2020. Estava bastante animada com a vida universitária, mas tudo mudou com a pandemia da COVID-19.

O que era um sonho se tornou um pesadelo. Não se falava de mais nada além do vírus, que inicialmente era considerado perigoso apenas para os idosos, mas começou a se alastrar e a infectar de modo geral a população. Em meio ao caos, tentei manter-me firme aos estudos. Acordava cedo e ficava em frente ao computador assistindo às aulas, que eram ainda mais difíceis sem o calor humano da sala de aula, a qual tanto gostaria de ter participado. Por várias vezes, pensei em desistir do curso, mas graças ao incentivo dos meus pais e familiares, não continuei com essa ideia. Mantive-me firme até que as aulas presenciais pudessem finalmente retornar em 2021, definitivamente, porém, com as precauções necessárias.

Ainda com muitas preocupações, continuei cursando da melhor forma possível. A partir das Clínicas Integradas, meu interesse pela profissão cresceu ainda mais. O contato com os pacientes e o retorno satisfatório dos tratamentos me fez finalmente enxergar que tinha escolhido a profissão certa. Conectei-me ainda mais quando ingressei na Clínica Infantil. Foi nesse momento que me senti verdadeiramente imersa na profissão percebendo que eu poderia fazer a diferença.

O caso clínico escolhido aconteceu durante a Clínica Infantil nos anos de 2022, 2023 e 2024. A paciente possuía atresia maxilar e mordida cruzada bilateral esquelética completa, o que causava impacto negativo em sua qualidade de vida, especialmente influenciando na qualidade do sono e na prática de atividades físicas.

2.1.1 Desenvolvimento da atividade

Paciente do sexo feminino, seis anos de idade, acompanhada de sua mãe, procurou atendimento odontológico em 21 de outubro de 2022 para avaliação ortodôntica, com queixa de que "o céu da boca estava muito fechado". O atendimento foi realizado pela aluna indicada pela Clínica Infantil e foi o primeiro contato direto com os procedimentos e a paciente.

Durante a anamnese, exame clínico e avaliação ortodôntica, notou-se que a paciente possuía um palato profundo e ogival, de formato estreito e alongado, conforme a mãe já havia explicado, o que causava grande preocupação devido às consequências funcionais e apresentava mordida cruzada bilateral esquelética completa; diferente da mordida cruzada dentária que afeta apenas dentes, sem afetar a parte óssea.

Na anamnese foi relatado que a paciente já havia passado por cirurgia para retirada das amígdalas e adenoides aos dois anos de idade, e iria passar por mais uma cirurgia de adenoidectomia e amigdalectomiade no dia 8 de novembro de 2022, conforme relatório médico apresentado pela responsável, o que denotava etiologia alérgica extrema da má oclusão, provocada pelo fato do ar não passar corretamente pelo nariz, fazendo assim com que ele desenvolva uma condição alérgica. Além disso, a consequente respiração bucal produzia péssima qualidade de sono, apresentando apneia do sono e ronco, o que atrapalhava suas demais atividades e sua qualidade de vida. De acordo com a anamnese e exame clínico constatou-se que a paciente era respiradora bucal típica com obstrução total das vias aéreas superiores. A paciente usou chupeta até os três anos e meio e mamadeira até os quatro anos de idade. Possuía escovação regular e dieta cariogênica, e foi orientada sobre melhora da dieta e consequências dos hábitos durante o tratamento.

Bebês e crianças frequentemente adotam hábitos não nutritivos, como chupar chupeta ou dedos, para se acalmar e consolar, já que a sucção é um instinto natural e uma das primeiras atividades musculares coordenadas. Entretanto os inconvenientes incluem-se maior predisposição a problemas dentários, o desmame precoce, a perturbação dos padrões de sono e a deterioração do processo de amamentação (Pineda et al., 2018). Portanto, a compreensão dos riscos associados ao uso de chupetas é crucial, e as mães devem ser devidamente informadas (Buccini et al., 2016). Ao contrário da amamentação, o uso de chupetas e a sucção do dedo ativam estímulos funcionais distintos (Ling al., 2018). No contexto do desenvolvimento craniofacial, o uso prolongado de chupetas, especialmente após os dois anos de idade, tem sido relacionado a certas irregularidades na posição dos dentes e bases ósseas (Caruso et al., 2019). Além disso, foram observadas mudanças na musculatura oral, sendo o bruxismo e as

dificuldades no fechamento labial os mais frequentes (Corrêa et al., 2016), isso afeta a mandíbula, a língua e os tecidos moles faciais.

A pressão exercida pelo polegar ou pela chupeta interfere no crescimento adequado da base maxilar para baixo, atrasa a erupção dos dentes anteriores e faz com que os anteriores continuem a se projetar, resultando em uma protrusão excessiva dos dentes anteriores, conhecida como mordida aberta anterior. Outra deformidade relacionada à má oclusão é a mordida cruzada anterior, resultado da associação entre os hábitos de sucção não nutritivos e menores larguras intercaninos e intermolares superiores (Ling et al., 2018). Os desvios associados à maloclusão no sentido transversal frequentemente estão ligados à mordida cruzada, afetando as estruturas craniofaciais e prejudicando a mastigação. Se não corrigida a tempo, pode levar a hábitos neuromusculares inadequados, persistindo após o tratamento ortodôntico. Uma abordagem combinada com tratamento reabilitador funcional é recomendada em tais casos (Ling et al., 2018). Assis et al. (2020) observam em seu estudo, que o uso prolongado de chupeta por mais de um ano aumenta consideravelmente a incidência de má oclusão transversal e sagital.

Além disso, os hábitos orais prejudiciais são fatores de risco para a respiração pela boca e problemas na mastigação e deglutição. A gravidade das alterações está diretamente relacionada à frequência, duração e intensidade do hábito, bem como fatores genéticos (Corrêa et al., 2016).

Os danos físicos e funcionais causados pelo uso da chupeta são atribuídos a sua capacidade de induzir um alinhamento inadequado das arcadas, mesmo antes do surgimento dos dentes. Esse desalinhamento interfere no encaixe dos dentes, promovendo uma postura inadequada que, com o tempo, pode causa alterações estruturais (Caruso et al., 2019).

A respiração bucal é um conjunto de mudanças que ocorrem quando a respiração nasal é substituída por uma respiração oral ou uma combinação das duas. Essa mudança no padrão respiratório também afeta o desenvolvimento facial, resultando em diferenças funcionais e alterações no fenótipo. A respiração bucal tem sido identificada como uma causa significativa de mordidas cruzadas posteriores. Além disso, as mudanças na morfologia facial podem levar a desequilíbrios na função muscular, que não são completamente corrigidos apenas com o realinhamento dos dentes e a correção da oclusão (Ling et al., 2018). Assis et al. (2020).

A respiração bucal, segundo Angle (1907), citado por Burzlaff et al. (2021), representa uma das causas mais significativas, persistentes e diversas de má oclusão. Esta condição influencia o desenvolvimento assimétrico dos músculos do nariz, maxila e mandíbula, resultando na descoordenação das funções exercidas pelos lábios, bochechas e língua.

Angle (1907) observou que os efeitos da respiração bucal são sempre visíveis na estrutura facial, caracterizada por um nariz menor e curto, com asas retas, uma boca constantemente aberta, lábio superior reduzido em comprimento, e a mandíbula frequentemente posicionada para trás, com desenvolvimento comprometido, possivelmente devido a desequilíbrios musculares.

A causa da respiração bucal envolve diversos fatores, como obstrução anatômica, hipertrofia das tonsilas faríngeas ou palatinas, desvio septal, pólipos nasais, hipertrofia de cornetos nasais, rinite alérgica, sobrepeso, hábitos orais e doenças neuromusculares, além de hábitos orais prejudiciais indiretos. Em casos de rinite alérgica severa, a frequência e duração dos sintomas podem levar à persistência da respiração pela boca, causando deformações na arcada dentária e alterações na harmonia facial. Nas crianças, a obstrução nasal, especialmente devido à hipertrofia adenoide, é a causa mais comum de respiração bucal (Burzlaff et al. 2021)

O crescimento facial é influenciado por múltiplos fatores. Apesar do componente genético, o ambiente também desempenha um papel significativo nesse processo. O impacto negativo no desenvolvimento facial de crianças que respiram pela boca por períodos prolongados resulta em alterações craniofaciais, posturais e sistêmicas significativas. O tratamento ortodôntico visa corrigir problemas relacionados as alterações dentofaciais e craniofaciais. (JANSON et al., 2013).

Ao longo dos procedimentos, do tratamento foi necessária a mudança de profissionais para a condução do caso, que passou, a partir de 2023, ser conduzida pela autora do presente. A paciente já fazia o uso de um disjuntor instalado pela primeira profissional.

O tratamento teve continuidade em maio de 2023 pela autora, com a supervisão dos professores Ms. Ricardo Barbosa e Ms. Gilberto de Oliveira Júnior. Primeiramente, fora realizados alguns procedimentos urgentes de saúde bucal, dentre eles: selamento com ionômero de vidro na região mesial do elemento 52, restauração com ionômero de vidro nos dentes 51 e 61 (Figura 1) e restauração Classe II OD com resina composta Filtek z 250 no elemento 84.

Figura 1 – Escavação em massa nos dentes 51 e 61 e Restauração com Ionômero de vidro dente 52.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023.

Após realizar os procedimentos restauradores necessários, teve continuidade o progresso do disjuntor maxilar com as ativações necessárias.

A expansão rápida da maxila, através do uso do disjuntor maxilar, visa promover a separação da sutura palatina mediana, resultando na ampliação do espaço por meio do incremento na dimensão transversal da maxila, e o modelo de disjuntor eleito foi o Hyrax. A expansão rápida da maxila com o disjuntor tipo Hyrax é um procedimento que apresenta muitas vantagens, como facilidade de confecção, praticidade na higienização, conforto aos pacientes, possibilidade de ganho transversal considerável na maxila, aumento do volume da cavidade nasal, estabilidade de resultados respeitando as condições necessárias, e os efeitos adversos apresentam tendência de compensação com o crescimento, oclusão ou ação muscular (Moreno et al., 2018 citado por Varão, 2020).

O parafuso expansor que se encontra nestes aparelhos é ativado para romper a sutura palatina mediana. Após a expansão desejada, o aparelho expansor deve ser utilizado como contenção por no mínimo seis meses, para completa formação óssea na sutura palatina mediana, para que não haja risco de recidiva. Ao longo deste período de consolidação, ocorre uma aposição óssea nas margens da sutura mediana, devido à distensão das fibras da membrana de tecido conjuntivo da sutura.

Após o período de contenção, o aparelho foi removido e foram colocados os elásticos para separação dos dentes que, em seguida, receberiam as bandas para a confecção do novo disjuntor. Na semana seguinte foram colocadas as bandas U30 nos segundos molares decíduos (Figura 2).

Figura 2 – Bandas U30 nos molares decíduos 55 e 65.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023.

A moldagem foi realizada utilizando silicone de condensação, mais confortável no processo, e mais preciso para a confecção do aparelho (Figura 3).

Figura 3 – Moldagem com silicone de condensação Zetaplus.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023.

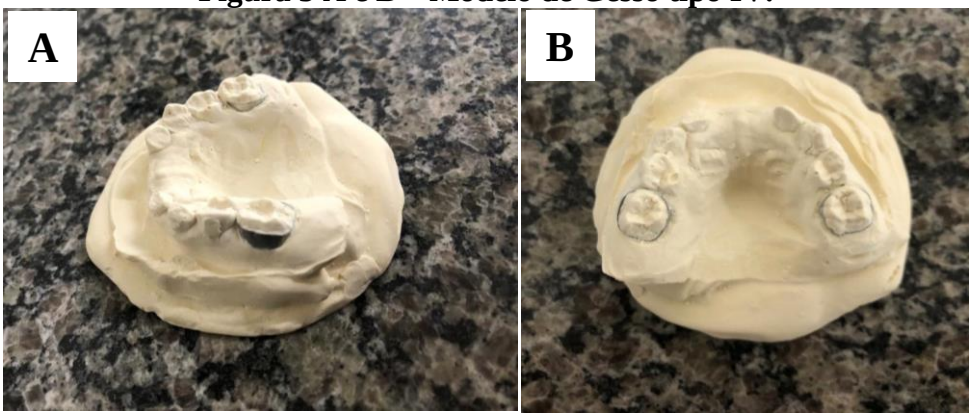
Foi realizada a transferência das bandas para o molde com a ajuda do fio ortodôntico 0,7 para que elas se fixassem e não houvesse deslocamento das mesmas (Figura 4). Logo em seguida foram obtidos os modelos de gesso (Figura 5A e 5B).

Figura 4 – Transferência das bandas U 30 para o molde.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023.

Novamente foram inseridos os elásticos separadores para que não se perdesse o espaço para o disjuntor.

Figura 5 A e B – Modelo de Gesso tipo IV.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023.

O aparelho então foi confeccionado para a instalação (Figura 6).

Figura 6 - Disjuntor no modelo de Gesso tipo IV pronto para instalação.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023.

A retenção das bandas é afetada mecanicamente pela sua adaptação ao dente e também pelo material de união utilizado. Para isso, existem diversos tipos de materiais de união, cada um com suas vantagens e desvantagens. Durante um longo período, o material de união mais comumente empregado foi o material à base de cimento de fosfato de zinco. No entanto, sua utilização foi diminuída devido a sua alta solubilidade na cavidade bucal e sua dependência exclusiva da retenção mecânica, o que limita seu sucesso clínico (Bacchi, A.C et al., 2013).

Atualmente, o cimento mais prevalente para essa finalidade é o cimento de ionômero de vidro. Suas principais vantagens incluem a liberação de flúor, a capacidade de inibir o crescimento microbiano e a adesão química tanto ao dente quanto ao metal (Bacchi, A.C et al., 2013).

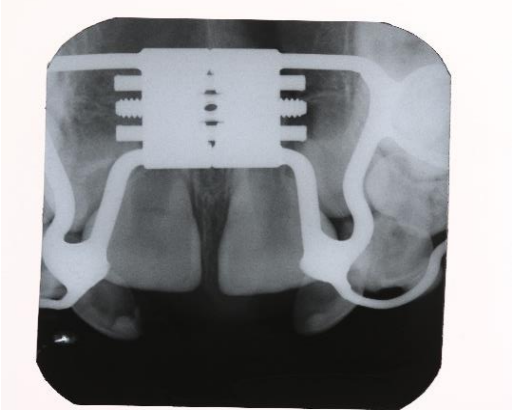
Aplicamos ionômero de vidro Meron em todas as superfícies das bandas e sobre os molares decíduos e aplicamos resina flow para a adesão nos caninos e primeiros molares decíduos (54 e 64) e levamos o disjuntor em posição (Figura 7).

Figura 7 – Disjuntor em posição e cimentado com ionômero de vidro Meron.

Fonte: Foto realizada pelo Prof. Ms. Ricardo Barbosa na Clínica Infantil, 2023.

Foi feita a radiografia oclusal para analisar a sutura palatina mediana no momento da instalação do disjuntor (Figura 8).

Figura 8 – Radiografia oclusal.



Fonte: Radiografia retirada do prontuário da paciente na Clínica Infantil, 2023.

Foram feitas 5 ativações no parafusos central logo após a instalação do disjuntor com o intuito de se romper a sutura palatina mediana ao máximo para as próximas disjunções. A mãe foi orientada para que fizesse durante uma semana 2/4 de volta no parafuso pela manhã e 2/4 pela noite, ou seja, 1 mm por dia chegando a 7 mm nessa primeira semana. A Figura 9 mostra o disjuntor já instalado na boca da paciente.

Figura 9 – Fotografia do disjuntor instalado.

Fonte: Foto realizada pelo Prof. Ms. Ricardo Barbosa na Clínica Infantil, 2023.

Foi necessária a exodontia do elemento 82 para fins ortodônticos, visto que havia apinhamento definitivo dos centrais (31 e 41) pela falta de espaço, no mesmo período que foram feitas as manutenções do disjuntor. Assim que as ativações foram concluídas foi feito o amarrilho para conter a disjunção conseguida (Figura 10).

Figura 10 – Disjuntor com amarrilho.

Fonte: Foto realizada pelo Prof. Ms. Ricardo Barbosa na Clínica Infantil, 2023.

Ao término da disjunção foi feita uma nova radiografia para constatar a abertura da sutura palatina mediana (Figura 11).

Figura 11 – Radiografia com o amarrilho após a conclusão da disjunção.

Fonte: Foto realizada pelo Prof. Ms. Ricardo Barbosa na Clínica Infantil, 2023.

A Figura 12 mostra o disjuntor já com o amarrilho de contenção em vista frontal de oclusão.

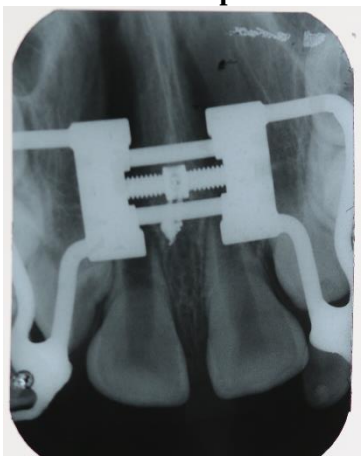
Figura 12 – Fotografia após a conclusão da disjunção.

Fonte: Foto realizada pelo Prof. Ms. Ricardo Barbosa na Clínica Infantil, 2023.

O monitoramento do disjuntor foi feito semanalmente até o final do ano letivo. A mãe foi orientada a retornar no próximo ano, no início das atividades da Clínica Infantil, para avaliar o progresso no tratamento e para retirar o disjuntor após seis meses da fixação com amarrilho.

Após completar o período de contenção, a paciente retornou para a remoção do mesmo. Foi feita nova radiografia oclusal para verificação da formação óssea a sutura palatina na mediana (Figura 13).

Figura 13 - Radiografia após 6 meses do amarrilho para verificação da sutura palatina mediana.



Fonte: Foto realizada na Clínica Infantil pelo Prof. Ms. Ricardo Barbosa, 2024.

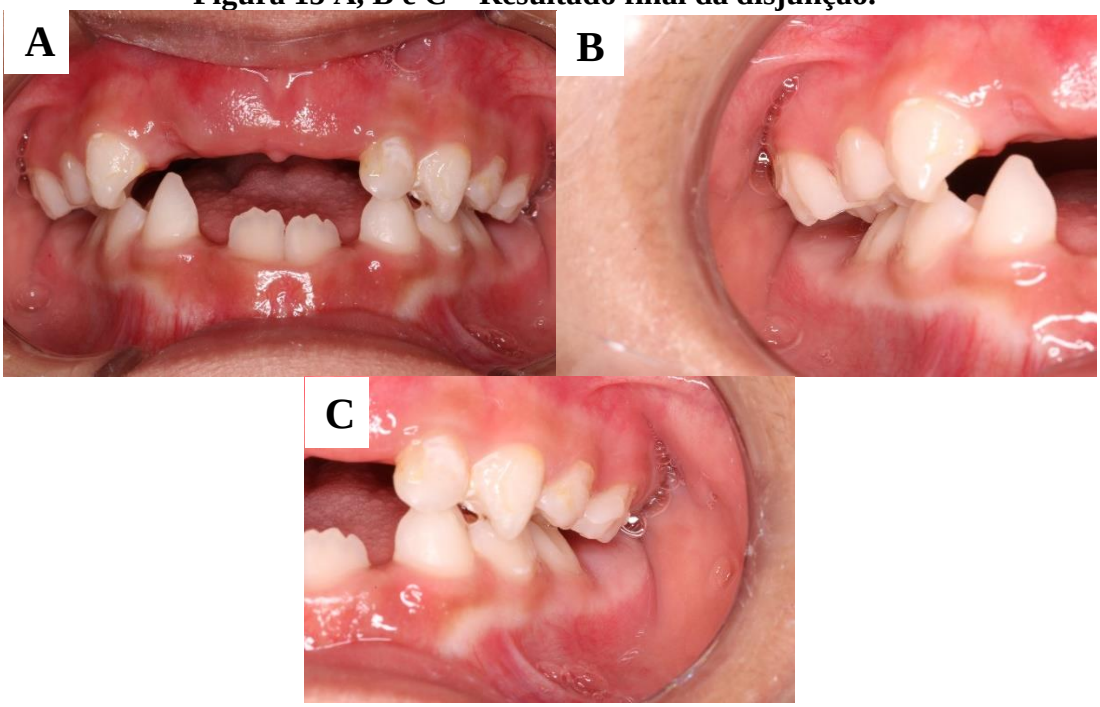
A remoção da resina flow foi executada com brocas cônicas em alta rotação e com a ajuda do alicate específico removeu-se as bandas dos molares decíduos 55 e 65 finalizando a remoção do disjuntor por completo (Figura 14).

Figura 14 – Disjuntor removido.

Fonte: Foto realizada na Clínica Infantil pelo Prof. Ms. Ricardo Barbosa, 2024.

Foram feitas novas fotografias após a retirada do disjuntor para avaliar o resultado clínico obtido. Conforme observado nas Figuras 15 (A, B e C) houve descruzamento da mordida e melhora no formato maxilar e facial nos indicando que o tratamento obteve bons resultados.

Figura 15 A, B e C – Resultado final da disjunção.



Sendo (A)- Vista anterior, (B) Lado direito, (C) Lado esquerdo. Fonte: Fotos realizadas pelo Prof. Ms. Ricardo Barbosa na Clínica Infantil, 2024.

O caso foi concluído com sucesso, pois foi alcançado o principal objetivo do tratamento, que era descruzar a mordida e abrir a sutura palatina mediana, fazendo com que o palato aumentasse no sentido horizontal e desta forma conseguindo acompanhar o crescimento da

mandíbula. Além dos resultados clínicos, segundo relato da mãe, a paciente durante e após o tratamento teve uma melhora significativa em suas atividades gerais, além de conseguir respirar melhor pelo nariz e ter uma qualidade de sono favorável.

A paciente terminou o tratamento aos oito anos de idade e precisará de novas disjunções até o término do crescimento ósseo.

2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Camile Aparecida da Silva

Meu nome é Camile Aparecida da Silva, tenho 21 anos, sou natural de Três Pontas, MG, mas morei durante toda minha vida em Santana da Vargem, MG. Venho de uma família simples, onde meus pais não tiveram oportunidades de estudo, minha mãe faxineira e meu pai mecânico. Desde muito cedo precisaram trabalhar para ajudar suas famílias financeiramente, e ambos nem sequer concluíram o Ensino Médio. Entretanto, sempre foram muito exigentes no quesito educação e me proporcionaram todas as oportunidades para estudar. Na minha família, minha irmã é a primeira pessoa a conquistar um diploma de ensino superior, e sempre foi minha grande inspiração pessoal e profissional.

O interesse pela Odontologia surgiu em minha vida durante o meu tratamento ortodôntico. Ficava fascinada com a capacidade de mudar o sorriso com simples “metais”. Como aquele tratamento conseguiu mudar completamente minha autoestima! Minha dentista, que também se formou no Unilavras, foi quem despertou meu interesse pela profissão e pela instituição de ensino. Conheci a instituição durante uma visita no Ensino Médio, adorei a infraestrutura e decidi prestar o vestibular para Odontologia. Todavia, não seria possível o meu ingresso, pois a mensalidade estava fora da minha realidade.

Mas, em fevereiro de 2020, veio a aprovação pelo PROUNI (Programa Universidade para Todos), no qual consegui uma bolsa integral o que era apenas um sonho, estava se tornando realidade. Meus pais e minha irmã abraçaram junto comigo essa oportunidade e se colocaram à disposição do que agora seria o “nosso sonho”, uma caminhada de cinco anos, onde eles abriram mão muitas vezes de seus próprios interesses, para que eu pudesse chegar até aqui.

Com o início da graduação, vieram diversas responsabilidades e mudanças. Foi um grande desafio ter que crescer, mudar de cidade, morar sozinha e lidar muitas vezes com a ansiedade, o medo de não conseguir ou não ser boa o suficiente. Mas foi gratificante o processo, aprender um olhar humano, ver um paciente como uma totalidade e poder realizar um trabalho para ajudar as pessoas, tirar a dor e devolver sorrisos. Por muitas vezes eu duvidei de mim mesma, mas Deus sempre me mostrou que eu estava no caminho certo, que iria trabalhar com

pessoas e para pessoas, e a cada pequeno passo na Odontologia, desde a primeira radiografia até uma complexa reabilitação, percebia que era aquilo que eu deveria fazer.

A experiência que escolhi relatar neste trabalho foi um caso que atendi durante o primeiro e segundo semestre de 2023, na clínica de Odontopediatria. O paciente tinha 8 anos de idade, com uma extensa lesão periapical no dente 65, com um prognóstico duvidoso. Optamos por manter o dente e realizar o tratamento endodôntico. Contudo, durante a proservação do tratamento, foi observado que o quadro evoluiu para uma alveólise, definida como uma condição caracterizada pela reabsorção da tábua óssea alveolar, com exposição radicular em dentes decíduos na cavidade oral. Foi realizada a exodontia do dente decíduo, demonstrando a necessidade de uma boa proservação.

2.2.1 Desenvolvimento da atividade

A conservação dos dentes decíduos é de extrema importância para a saúde bucal da criança e impacta diretamente na sua qualidade de vida. De acordo com Guedes-Pinto (2016), um dos escopos da Odontopediatria é a manutenção dos dentes no arco até a época de sua esfoliação fisiológica, pois esse dente é a base fundamental para a oclusão correta da dentição permanente, com a valorização da prevenção em todos os níveis. Mas a alta prevalência da cárie dental e número de dentes com alterações pulpares que necessitam de intervenção clínica, ainda é muito grande.

No caso a ser apresentado, irei abordar a tentativa de manter o dente no arco, entretanto, devido às limitações durante o tratamento e o prognóstico duvidoso, houve a necessidade da realização de uma exodontia.

Paciente sexo masculino, oito anos de idade, sem relato de alteração sistêmica, compareceu à Clínica Odontológica do Unilavras, na disciplina de Clínica Infantil II, para acompanhamento ortodôntico. Ele já estava em tratamento desde seus cinco anos de idade e voltou para avaliação de rotina. Havia feito o uso de expansor de maxila e necessitava verificar se haveria espaço para irrupção dos dentes permanentes, pois apresentava um apinhamento severo. Todavia, foram realizados exames em todos os dentes, para verificar se havia alguma outra necessidade, além da ortodontia.

No decorrer da primeira consulta, o paciente se mostrou um pouco temeroso ao tratamento, mas colaborativo. Foi realizada, primeiramente, instrução de higiene oral e aplicação tópica de flúor para ele se familiarizasse com os procedimentos e tornasse mais fácil

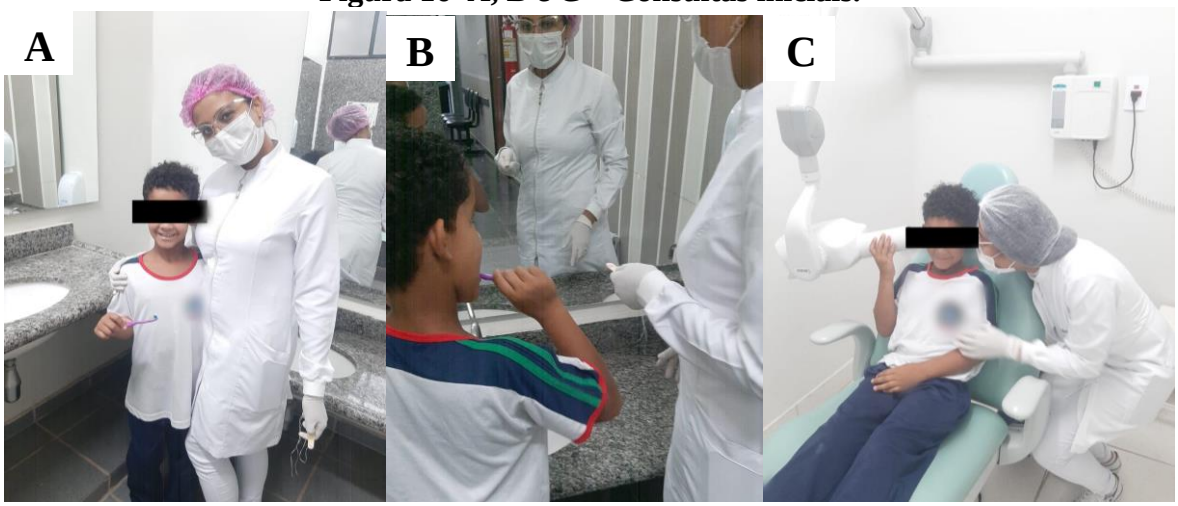
a realização do tratamento. Além de técnicas de manejo comportamental para dessensibilização do paciente, foi utilizada a técnica dizer-mostrar-fazer:

> Essa técnica tem por objetivo principal estimular a compreensão do paciente pediátrico a respeito de todo o procedimento odontológico que será realizado, e é dividido em três etapas: explicação do que será realizado, seguido de demonstração por vias táteis, visuais e auditivas, onde o paciente observa, toca e brinca com o instrumento, com um condicionamento gradual dos instrumentais e, somente após essas etapas, é realizado o procedimento de acordo com o que foi explicado para o paciente previamente (Santos, 2016 citado por Silva, 2022, p. 16; Rocha, 2021 citado por Silva, 2022, p. 16; Oliveira, 2014 citado por Lima et al., 2022, p. 4).

Para um melhor atendimento, etapas como essa são indispensáveis, é um componente integral no tratamento de pacientes pediátricos (Lima, 2022). Às técnicas de manejo comportamental são grandes auxiliares durante o tratamento e podem ser aplicadas várias técnicas combinadas, como o reforço positivo, controle da voz, modelagem e dessensibilização, dentre outras. Quando combinadas, essas técnicas ajudam a garantir que o procedimento seja realizado de forma tranquila, sem gerar uma experiência traumática ao paciente. Durante cada passo, o paciente sabe o que está sendo realizado em sua boca, tornando o atendimento muito mais proveitoso.

Todo o seu atendimento foi visando essa técnica, mostrando sempre antes de colocar em sua boca, qualquer instrumental ou material que pudesse gerar algum medo ou insegurança no paciente. As (Figura 16, A, B e C) mostram os procedimentos realizados nas primeiras consultas do paciente.

Figura 16 A, B e C – Consultas iniciais.



Sendo: (A)Paciente no escovódromo para instrução de higiene oral; (B) Instrução de higiene oral; (C) Explicando ao paciente como é feita radiografia. Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023.

Durante o exame clínico, inicialmente, foi constatado a necessidade somente de aplicações de selantes em alguns dentes (16 e 46). Na avaliação ortodôntica seriam realizadas extrações seriadas, para tratar o apinhamento que o paciente apresentava. Os selantes foram realizados e, durante uma dessas consultas, a Professora Doutora Luciana Tourino, que estava me orientando no caso, percebeu uma dificuldade ao passar o fio dental entre os dentes 64 e 65.

Diante da dúvida, suspeitando de cárie oculta, foi solicitada uma radiografia da região (Figura 17), para a confirmação diagnóstica, visto que não havia nenhum sinal visível de alterações, tanto na coroa dentária quanto nos tecidos moles adjacentes, e sem relato de dor ou incômodo.

De acordo com Guedes-Pinto (2016), a coleta de dados é a base de um bom diagnóstico e plano de tratamento adequados, partindo de uma anamnese correta, nos exames clínico e radiográfico, que devem ser coletados de forma ordenada e registrados apropriadamente.

Figura 17 – Radiografia periapical inicial.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023.

Analisando a radiografia, foi possível observar uma restauração deficiente na face mesial com um degrau, além de uma extensa lesão periapical no dente 65, atingindo grande parte da tábua óssea. Essa condição é definida como inflamação e destruição do periodonto apical, aparece como área radiolúcida apical e não produz sintomas clínicos (Berman et al., 2021).

Mesmo com prognóstico duvidoso, devido a amplitude da lesão, foi proposto o tratamento endodôntico para tentar manter o dente por mais tempo em boca. Isso se justifica pelo fato de o dente 26 ainda não havia erupcionado, encontrando-se atrasado em relação aos dentes do lado direito. Caso fosse decidido pela exodontia, não haveria possibilidade para

realizar um mantenedor de espaço. Assim, definindo a pulpectomia como tratamento eleito para o caso, que compreende:

> [...] na remoção total do tecido pulpar com inflamação irreversível ou necrótica, em decorrência de cárie ou trauma dentário, e tem como objetivo controlar a infecção e devolver saúde bucal. Esse procedimento é amplamente realizado em Odontopediatria, apresenta variadas frequências de sucesso, e possui vantagens como a manutenção do elemento dentário na cavidade bucal pelo maior tempo possível até sua esfoliação, preservando função, perímetro do arco, fala e estética (Primo et al., 2021, p. 1).

A terapia pulpar é indicada em dentes com história de dor espontânea, inflamação periodontal não causada por periodontite ou gengivite, fístula, mobilidade não fisiológica ou por trauma, reabsorções internas ou externas, e radiolucidez apical ou inter-radicular, que caracterizam uma pulpite irreversível ou necrose pulpar (Lopes, 2022). É contraindicada em casos que as raízes apresentam mais de ⅔ de reabsorção, lesão extensa atingindo o germe do permanente, suporte ósseo reduzido, perfuração de furca, onde será indicada a exodontia (Carvalho, 2023).

Embora o tratamento endodôntico tenha indicações definidas, lesões assintomáticas podem ter um diagnóstico tardio, em que a patologia já está em um estágio avançado. É difícil determinar o estado histológico da polpa dentária e dos tecidos de suporte. Além de que, a limpeza e modelagem dos condutos é difícil devido a complexa anatomia do sistema de canais radiculares, os restos de polpa e debris são de remoção complicada, tendo por fim um prognóstico duvidoso em determinados casos, assim como no caso apresentado (Zeno, 2021).

Ainda assim, com uma ótica de preservação, foi realizada a endodontia do elemento 65. Foi feita anestesia tópica com Benzocaína, aplicada sobre a mucosa cerca de 3 minutos; anestesia infiltrativa na região com Lidocaína 2%, isolamento absoluto e abertura coronária para acesso aos canais e esvaziamento do conteúdo necrótico. Na primeira sessão, foi realizada irrigação com Solução de Milton (Hipoclorito de Sódio 1%), que tem ação antimicrobiana e capacidade de dissolução de tecidos orgânicos (Macedo, et al.2021), alternando com soro fisiológico, instrumentação com limas manuais e, por fim, curativo de demora com Tricresol.

O Tricresol Formalina é um potente agente antibacteriano que funciona tanto por contato quanto por evaporação, sendo utilizado como um curativo de demora na câmara pulpar de dentes permanentes com necrose pulpar, proporcionando a desinfecção e reparação das lesões periapicais (Bravo; Villalta, 2020). O dente foi selado com o curativo com Tricresol, algodão e ionômero de vidro.

Na segunda sessão, após uma semana com o curativo, foi feita a obturação dos condutos radiculares. A técnica preconizada no Unilavras utiliza como material obturador uma pasta de Óxido de Zinco, Eugenol, e uma gota de Iodofórmio. Os critérios ideias para o material obturador são: apresentar reabsorção semelhante a raiz do dente, para esfoliação, inerte aos tecidos periapicais e o germe do permanente, ser radiopaco, aderir às paredes internas do canal radicular, possuir propriedades antimicrobianas e capacidade de ser removido facilmente (Almeida, 2021).

O dente foi obturado com essa pasta, com auxílio de uma Lima manual tipo Kerr 30 enrolada em algodão e passada nas paredes dos canais, que foram preenchidos satisfatoriamente (Figura 18), e selamento provisório com algodão e Ionômero de Vidro. Na seguinte sessão, o dente foi restaurado de forma definitiva com Resina Composta, sob isolamento absoluto.

Figura 18 – Radiografia final – obturação.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023.

Podemos considerar o tratamento endodôntico como um sucesso apenas após certo tempo de sua finalização, por meio da proservação. Esta consiste basicamente na avaliação periódica do paciente e controle clínico e radiográfico do caso, para que realmente seja constatada a saúde do dente e a eficácia do tratamento (Regis, 2019).

Nas consultas de acompanhamento, deve-se avaliar a ocorrência de retenções prolongadas, esfoliações precoces decorrentes de reabsorções inflamatórias, aumento ou regressão de lesão, presença de fístula, edema, mobilidade e abscesso, para verificar se o tratamento proposto está ou não surtindo efeito desejado (Primo et al., 2021). O tratamento foi finalizado no início de maio de 2023 e, após quase dois meses, o paciente retornou à clínica para avaliação. Foi realizada uma radiografia de controle (Figura 19), que aparentemente não havia nenhuma alteração, e o paciente não apresentava nenhum sinal clínico de insucesso.

Figura 19 – Radiografia de proservação.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023.

Assim, o paciente retornou para uma nova avaliação após seis meses da última consulta realizada. Durante o exame clínico foi possível observar uma mobilidade do dente e o que parecia ser uma exposição da tábua óssea vestibular. O diagnóstico final foi de alveólise dentária. Cosme (2023) define como "[...] alveólise é uma patologia da região ósseo-gengival com a reabsorção da tábua óssea alveolar, levando à exposição vestibular/apical da raiz dentária dos dentes no meio bucal,sem rizólise." (Figura 20). Sobre a evolução da alveólise, Borges (2023, p. 6) argumenta:

> A evolução da alveólise se dá de forma lenta e progressiva, começando por uma agressão ao dente, por meio da cárie ou traumatismo dentário, seguindo de um desenvolvimento de uma infecção pulpar, tendo como consequência a necrose pulpar. No decorrer da comunicação entre câmara pulpar e tecidos periodontais, sucede a disseminação da infecção para os tecidos periapicais, causando uma infecção periapical, e posteriormente uma reabsorção óssea.

Segundo o estudo de Cosme et. al.(2023), a prevalência de alveólise é 5,5%, sendo mais comum em crianças do sexo masculino entre 5 e 6 anos de idade, e mais prevalente na maxila. Sua principal etiologia é o traumatismo dentoalveloar e a cárie dentária. A alveólise pode ser classificada em fenestração ou deiscência (total ou parcial) para distinguir esses defeitos ósseos.

Fenestração apical é definida como uma perfuração do osso alveolar e da mucosa próxima ao ápice da raiz, com exposição na cavidade oral (Barros et al., 2021). Por sua vez, deiscência ocorre com a exposição radicular, inicialmente da porção cervical (deiscência parcial), podendo evoluir para apical (deiscência total). No caso apresentado, o diagnóstico foi de alveólise do tipo fenestração apical (Figura 20).

Figura 20 – Imagem ilustrativa de alveólise.

Fonte: Guedes-Pinto, 2016.

Guedes-Pinto (2016) aponta a necessidade de exodontia em casos de dente com alveólise dentária, dentes com raízes fraturadas, dentes anquilosados e dente com comprometimento pulpar atingindo o germe do permanente. Desse modo, foi proposta a exodontia do elemento 65, visto que é o tratamento preconizado para tal patologia, a fim de evitar possíveis sequelas ao dente sucessor.

Os pais foram orientados sobre a situação clínica e sobre o tratamento proposto, e o paciente foi previamente medicado com antibioticoterapia e anti-inflamatório para que, no dia seguinte, a cirurgia fosse realizada. A exodontia foi feita com antissepsia extrabucal com Clorexidina 2%. Anestesia infiltrativa na região do dente 65, com Lidocaína 2%, deslocamento, remoção do elemento dental e sutura em x.

Estávamos na última clínica do semestre e, portanto, o paciente foi encaminhado para remover a sutura no consultório da professora Doutora Luciana Tourino. Também não foi possível realizar o mantenedor de espaço, pois não haveria mais clínicas para sua confecção.

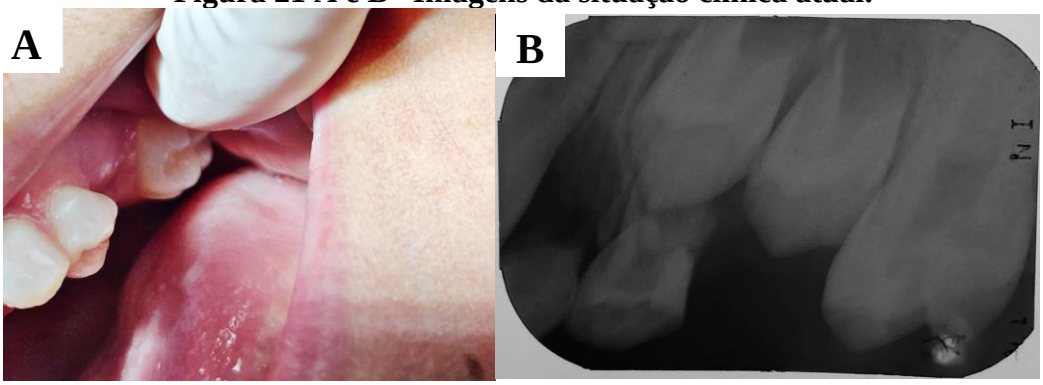
Os mantenedores de espaço são de extrema importância para a manutenção da saúde bucal da criança, sendo responsáveis por preservar o espaço para a erupção correta dos dentes permanentes. Isso ajuda a evitar más oclusões futuras e dispensa ações corretivas (Armenio et al., 2018 citado por Moreira et al., 2020).

Durante o pós operatório, mantive contato com a mãe do paciente, que relatou não ter havido problemas, como dor, edema ou incômodo. No início de 2024, o paciente retornou para uma nova avaliação e foi observado que houve uma pequena perda de espaço, assim, ele foi encaminhado para avaliação ortodôntica completa, para caso houvesse alguma necessidade corretiva ou interceptativa, visto que ele já apresentava um apinhamento que necessitava de acompanhamento.

Foi realizada uma radiografia da região (Figura 21 A e B), que mostrou estar dentro da normalidade, com o dente sucessor apresentando um padrão de erupção adequado e sem aparentes danos. No entanto, após sua erupção completa, é importante realizar uma nova avaliação para verificar se não houve algum prejuízo ao dente permanente devido a inflamação e infecção local. Infecções periapicais podem causar defeitos na formação do esmalte dentário no dente sucessor, resultando em opacidades, hipomineralizações e hipoplasias. Outras causas para esses defeitos incluem traumatismo, deficiências nutricionais e fluorose dental (Souza, 2024).

Apesar de a alveólise ter uma baixa prevalência, seu reconhecimento clínico é fácil e bem característico. Portanto, é de suma importância que o cirurgião-dentista saiba diagnosticar precocemente e tratar tais patologias para restabelecer as condições de saúde bucal e alcançar o sucesso clínico. Afinal, essas condições podem gerar consequências à dentição permanente e causar maiores prejuízos ao paciente.

Figura 21 A e B –Imagens da situação clínica atual.



Sendo: (A) Imagem clínica da região (B) Radiografia do germe do dente 25. Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Por fim, o que tiro de aprendizado desse caso, é que o cuidado odontológico vai muito além de um simples tratamento. Não basta apenas realizar um procedimento tecnicamente bem executado, mas acompanhar de perto o seu paciente, atento a cada sinal clínico e sua resposta fisiológica diante ao procedimento executado.

Com esse caso pude compreender quando muitos professores diziam “faça uma boa proservação”, pois isso sim, define o resultado do seu tratamento, e seu sucesso profissional. Segundo o médico canadense, Sir William Osler, "O médico não é apenas quem trata doenças, mas também quem cuida do doente.", como profissionais da saúde, devemos ter esse olhar com os nossos pacientes, acompanhá-los de perto, para que assim, possamos verdadeiramente promover saúde.

2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Kathleen Lopes de Souza Oliveira

Meu nome é Kathleen Lopes de Souza Oliveira, tenho 24 anos, sou natural de Candeias, Minas Gerais. É um prazer estar aqui hoje para compartilhar um pouco sobre minha trajetória até este momento. Sou filha de professora e de motorista de carreta, e irmã de um querido adolescente. Residi grande parte da minha vida em Candeias e me mudei para estudar em Lavras em busca da realização de um sonho.

Vim de uma família que sempre priorizou os estudos e me incentivou a ir em busca dos meus objetivos. Durante toda a minha trajetória educacional, tive o privilégio de frequentar escolas públicas. Desde os primeiros anos até o término do Ensino Médio, fui dedicada e busquei aproveitar ao máximo todas as oportunidades de aprendizado que me foram oferecidas.

Desde a infância, o meu sonho era ser profissional da área da saúde, pois tinha admiração em todas e quaisquer áreas destas. Com o passar dos anos, comecei a admirar também outras profissões. Porém, nenhuma delas faziam meus olhos brilharem como as que "curavam vidas", expressão que sempre fez parte da minha vida.

Para que esse sonho se tornasse real, eu precisava me dedicar a cada dia, e assim eu fiz. Estudava, participava de todas as ações da escola, estava disposta a ensinar aos mais novos, estudava online, dentre outros. Tudo isso era uma motivação para os meus dias. Acreditava que o meu desejo de fazer parte da área da saúde estava chegando perto.

No final do Ensino Médio, fiz o meu primeiro ENEM (Exame Nacional do Ensino Médio). Nesse instante, começaram as minhas frustações, minhas notas foram suficientes para passar em cursos que não estavam na minha lista de interesses e inclusive, um deles, sempre foi o desejo do meu pai. Naquele momento, fiquei desmotivada, mas o sonho não acabava.

Quando me formei, iniciei o curso pré-vestibular preparatório para o Enem. E ali, voltaram todas as minhas expectativas. Voltei a acreditar que eu iria conseguir. Deslocava todos os dias da minha cidade até a cidade vizinha. Chegava em casa, fazia redações, revisava matéria e fazia exercícios de fixação. E assim, o processo se repetia dia a dia.

Passando-se alguns dias, recebi uma proposta para conciliar meus estudos com o trabalho. Foi quando eu me senti "abalada" pois não sabia o que queria naquele momento e qualquer coisa que me tirasse meu foco, poderia ser motivo para mais uma vez eu não alcançar meu sonhado objetivo.

Então, me arrisquei e fui trabalhar. Este trabalho não condizia com as minhas vontades. Fui ser secretária administrativa de uma empresa com 70 funcionários, onde eu exercia a função no setor de recursos humanos e financeiro.

No entanto, neste trabalho, eu comecei a observar um grande dom na minha vida, o de liderar. Nisso, ficava me perguntando se eu realmente estava correta em procurar graduação na área da saúde. Os dias foram passando e o meu coração ficava cada vez mais "apertado".

Um certo dia, parei tudo o que eu estava fazendo e comecei a me observar. Vi que em todas as emergências ocasionadas naquele ambiente eu estava presente. Saía da minha função e me deslocava para qualquer lugar na produção, a fim de ajudar. Percebi também, que eu sempre ficava feliz, por exemplo, em devolver sorrisos. E isso, me cativava todas as vezes.

Sem desistir daquele sonho de infância, voltei então a lutar por ele. Trabalhava e estudava. Foram meses difíceis, porém, de muito aprendizado. Cada dia, cada estrada e cada pessoa deixava uma reflexão na minha vida. Foram dois anos de dedicação, estudos e trabalho.

Ao final do segundo ano de curso preparatório, uma grande amiga me convidou para fazer a prova do vestibular em um centro universitário, que era o UNILAVRAS. Um pouco desanimada após realizar algumas provas, aceitei o convite e fui. As palavras dela de incentivo me motivaram e me fizeram acreditar no meu potencial. O chamado dela me fez dar início à minha vida acadêmica. Desde então, o que era apenas sonho começou a se tornar realidade. Nós passamos juntas no vestibular e eu, na tão sonhada área da saúde, em Odontologia.

Como mencionado anteriormente, hoje através de sorrisos ajudo "curar vidas". A Odontologia despertou em mim o anseio de cuidar do próximo. A vontade de encontrar sorrisos onde já não existem. Todas as disciplinas têm o meu encanto, mas a de Pacientes Especiais fazem meus olhos brilharem.

Desde o início do curso, essa disciplina tem a minha atenção e admiração. Um familiar muito querido, desenvolveu depois de alguns anos, um quadro de epilepsia. Devido a esse fato, o atendimento de pessoas com necessidades especiais é sempre uma motivação nos meus dias. Através da individualidade de cada um, posso encontrar força e motivação. O carinho e a gratidão observada em um sorriso pós atendimento me deixa motivada e me mostra que estou no caminho correto.

O caso que vou apresentar nesse Trabalho de Conclusão de Curso, deixou um legado grande para a minha carreira profissional. Trata-se de um paciente de 38 anos, que chegou na clínica de Pacientes Especiais do Unilavras apresentando Epilepsia e alterações motoras, sequelas de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico, sendo a sua queixa principal a presença de lesões bucais.

2.3.1 Desenvolvimento da atividade

Diante do exposto, este foi vivenciado e tratado por mim, Kathleen Lopes de Souza Oliveira, sob a supervisão da professora Dra. Luciana Fonseca de Pádua Gonçalves Tourino e da professora Dra. Natália Galvão.

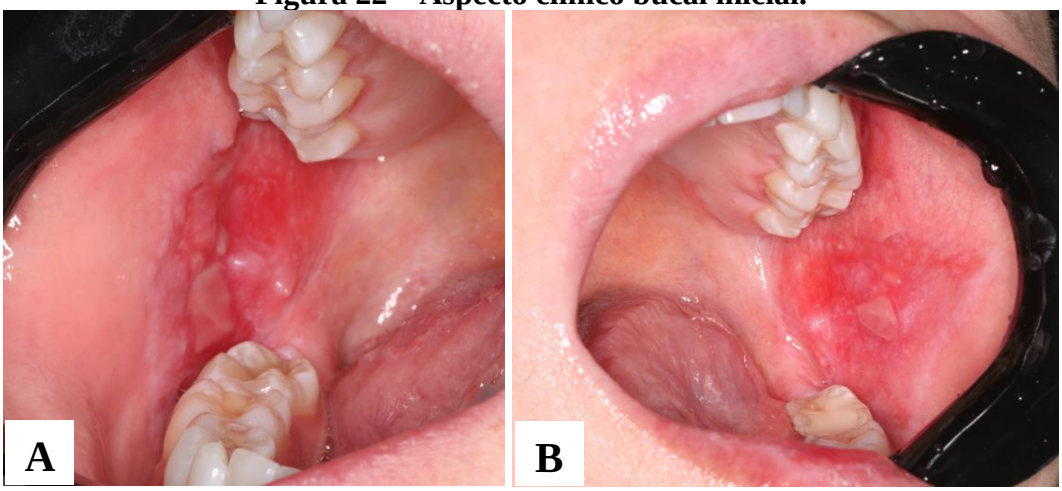
No dia 20 de fevereiro de 2024 iniciou o estágio na clínica de Pacientes Especiais do UNILAVRAS, onde fizemos várias triagens de pacientes para possíveis tratamentos odontológicos. Cada paciente que atendíamos eram únicos e com particularidades diferentes.

Passando-se os dias, no dia 05 de março de 2024, uma paciente de 38 anos, que procurou a clínica com a queixa principal de dor na parte interna das bochechas e outras regiões bucais, também questionou sobre a dificuldade de se alimentar com alimentos sólidos. No decorrer da conversa, ela relata estar optando por líquidos devido a facilidade de deglutição. Evidencia também no primeiro contato que está reaprendendo o movimento de deglutição, o que dificulta também na alimentação.

Ao decorrer do anamnese, a mesma diz que há quatro anos atrás sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico, ficando com sequelas motoras e crises convulsivas frequentes. Além disso, ela também apresenta fisicamente rigidez muscular do lado direito do corpo, fraqueza e dificuldade com movimentos.

No exame clínico, foi observado lesões orais bolhosas, posteriormente ulceradas, gengivite descamativa, com estriações brancas, placas de coloração branca, eritemas, sensibilidade dolorosa aumentada. Os locais acometidos foram mucosa julgal, gengiva, dorso da língua, mucosa labial e lábio inferior. A Figura 22 retrata o aspecto inicial apresentado pela paciente.

Figura 22 – Aspecto clínico bucal inicial.



A- Imagem inicial do lado esquerdo da bochecha. B- Imagem inicial do lado direito da bochecha. Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

A paciente relatou na anamnese, o uso dos seguintes medicamentos: Iludral 250 mg, Trileptal 600 mg, Fenobarbital 100 mg, Cloridrato de Amitriptilina 75 mg, Cloridrato de Tansulosina 0,4 mg e analgésicos quando há dor.

A princípio, ao realizar o exame clínico, suspeitamos que as lesões encontradas poderiam ser em decorrência das crises convulsivas, pois segundo Rodrigues, Oliveira e Rocha (2022), as crises convulsivas muitas vezes causam traumas aos tecidos moles e na articulação temporomandibular, onde a pessoa pode morder a língua, bochechas ou lábios, ocasionando em lesões na boca. Essas podem causar dor e desconforto.

Após a avaliação odontológica, a fim de oferecer maior conforto para a paciente, foi indicada a terapia com laser vermelho, aplicando 1 joule (J) em quatro pontos em cada região afetada pelas lesões, conforme demonstrado na Figura 23. Essa que é uma terapia não invasiva e apresenta benefícios na redução da dor, melhoria no tratamento e aceleração no processo de cicatrização (Smith; Doe, 2023).

Figura 23 – Aplicação do laser vermelho intraoral.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Na Odontologia, se tem aprofundado os estudos de laserterapia em determinadas abordagens como medida profilática e terapêutica em algumas condições bucais, tais como líquen plano oral, estomatite aftosa recorrente, mucosite oral, pênfigo vulgar, dentre outras (Rosalen, 2022).

Não obstante, neste caso, optei pela indicação do laser devido as diversas vantagens que o mesmo apresenta. Dentre elas, alívio da dor, de caráter terapêutico, redução do uso de analgésicos, sua ação na regeneração de tecidos, dentre outras. Segundo Reis et al. (2023), o laser de baixa intensidade é utilizado para aceleração da reparação dos tecidos moles e duros, uma vez que ativa ou inibe processos bioquímicos, fisiológicos e metabólicos através do efeito fotoquímico e fotofísico.

A laserterapia também é utilizada para redução do quadro de dor, atuando na reabsorção de possíveis exsudatos e, principalmente, na eliminação de substâncias alógenas, bloqueando o estímulo doloroso transmitido pelas fibras nervosa, já nos locais de reflexos por atuação sobre o cérebro, diminui a bradicinina atuando também como inibidor de sensações dolorosas (Agne, 2005).

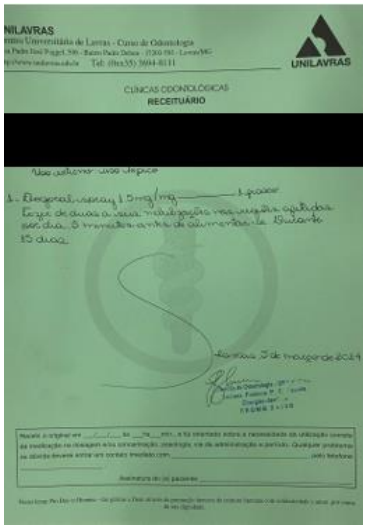
Durante a aplicação do laser, a paciente apresentou crise convulsiva focal com comportamento de automatismo de movimento repetitivo palpebral, ou seja, um movimento involuntário que se deu, provavelmente, pelo estímulo luminoso do refletor e da câmera fotográfica. Tal fato se explica devido à epilepsia fotossensível que é desencadeada por gatilhos ambientais como: luzes intermitentes ou piscantes que podem desencadear convulsões (Barboza, 2019)

De acordo com Robbins (2009) e Spezzia (2022), é necessário atentar-se às condutas odontológicas que podem induzir às crises convulsivas no consultório odontológico. Os mesmos citam a forma como incide a luminosidade do refletor durante os atendimentos e aos ruídos produzidos. Sendo assim, deve-se reduzir ao máximo, os estímulos ocasionados.

Foram suspensos o atendimento e o uso de fatores que estimulam as crises. A paciente foi encaminhada para o atendimento médico de urgência acompanhada pelo seu filho. O mesmo relatou que a mãe apresenta esses quadros de convulsões com frequência, e que ela já faz o controle diariamente de tal condição.

Como complemento adjacente à terapia para alívio da dor, foi indicado o uso tópico de Flogoral Spray 1,5 mg/ml. Como mostrado na Figura 24, foi prescrito nebulizações nas regiões afetadas, de duas a seis vezes ao dia, cinco minutos antes de se alimentar, por 15 dias.

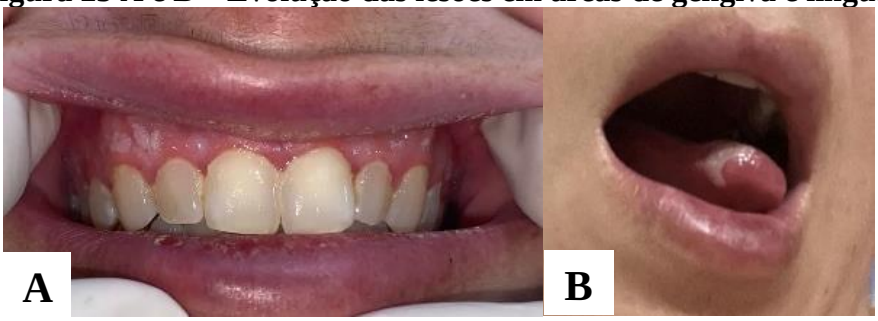
Figura 24 – Receituário odontológico.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Na semana posterior, a mesma retornou para atendimento e relatou que a dor não havia melhorado e que ainda não estava conseguindo se alimentar. Diante de tal situação, realizei novamente o exame clínico e observei o aumento das lesões em áreas de gengiva e língua, como mostrado na Figura 25 A e B.

Figura 25 A e B – Evolução das lesões em áreas de gengiva e língua.



A: Aspecto de evolução das lesões em gengiva; B: Aspecto de evolução das lesões em língua. Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Ademais, com o aspecto apresentado, solicitamos a avaliação da Profa. Dra. Natália Galvão, estomatologista, para que a mesma fizesse uma nova avaliação. Ela conheceu a histórica clínica da paciente, questionou sobre parentesco e se havia algum familiar que apresentava características semelhantes à sua condição bucal. A paciente relava que sua avó materna faz acompanhamento com a professora Dra. Natália Galvão. Então, ao conhecer as particularidades, a professora se recordou, e mencionou que ela acompanha o tratamento de uma doença autoimune no núcleo familiar.

Diante do exposto, associando o aspecto clínico e histórico familiar, a estomatologista chegou a duas prováveis hipóteses diagnósticas, Líquen Plano Erosivo ou Penfigôide. A confirmação se dá através de biópsia da lesão característica.

No entanto, essas condições como crises convulsivas recorrentes em todas as consultas odontológicas não proporcionam uma condição adequada para a realização de tal procedimento descrito. Diante disso, faz-se necessário aguardar o controle das crises para posteriormente realizar a biópsia com segurança, evitando acidentes durante o ato cirúrgico.

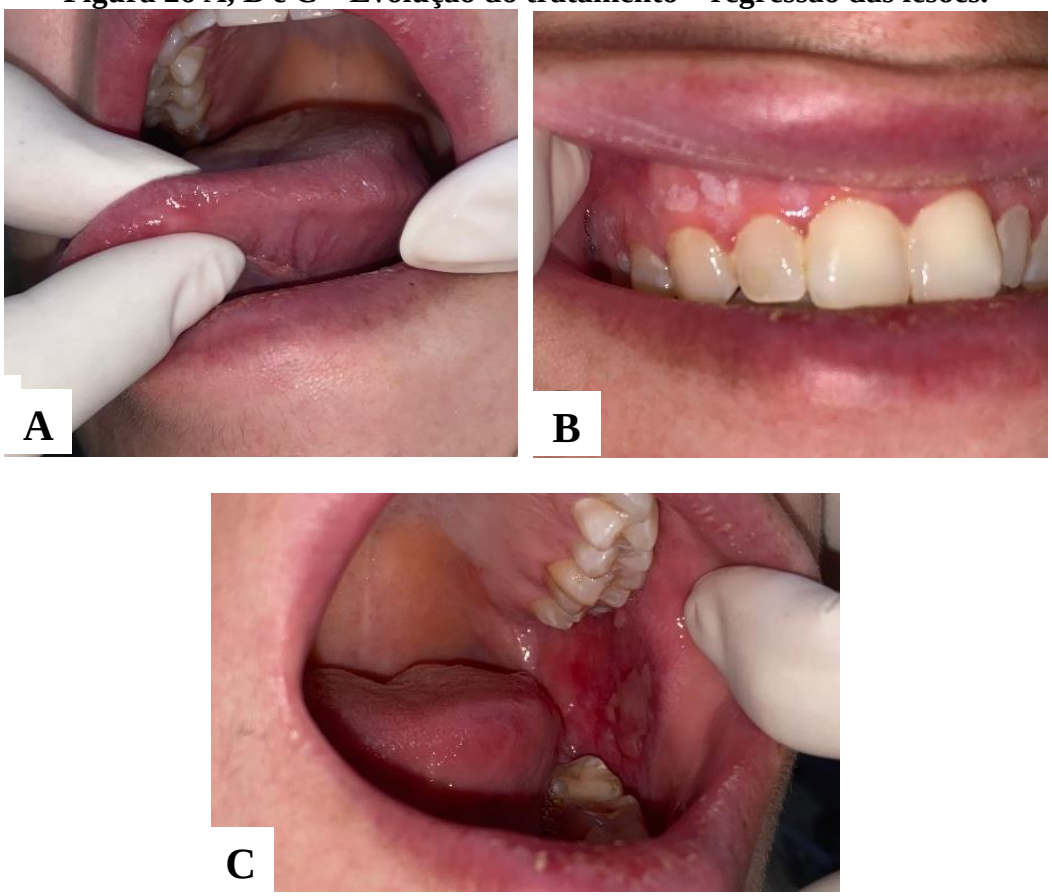
Como terapia local foi prescrito o uso de corticóide Prednisona 20 mg, por cinco dias. Os corticosteroides são aliados no tratamento de doenças autoimunes devido as suas propriedades anti-inflamatórias e imunossupressoras, o que auxilia no controle da resposta imunológica exacerbada associada a tais condições (Teixeira et al., 2018)

Vale ressaltar, que mesmo sem os estímulos luminosos, a referida paciente apresentou novamente crises convulsivas focais. Sendo amparada por mim, com total atenção e cuidado no atendimento.

No dia 01 de abril de 2024, com as expectativas aumentadas, ela compareceu à clínica de Estomatologia do Unilavras, empolgada e com o sorriso aparente. Sorriso este, que não sobressaiam nas consultas anteriores. Relatou então, grande melhora, como pode ser visto na Figura 26, e que durante aquela semana ela conseguiu introduzir na sua dieta alimentos sólidos, e que a sintomatologia dolorosa já estava bem reduzida.

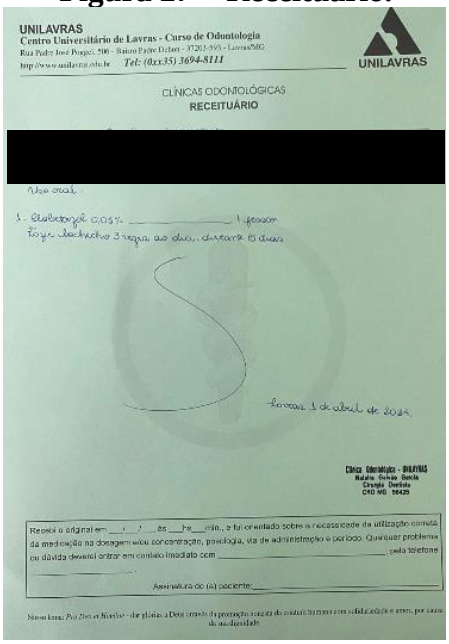
Continuando com o tratamento, a professora Dra. Natalia Galvão solicitou que eu prescrevesse por mais cinco dias o corticoide Prednisona com a mesma posologia já adotada. E para que o incômodo reduzisse ainda mais, ela pediu para realizar a associação contínua da laserterapia e o Clobetazol 0,05% para bochecho durante 15 dias (Figura 26 A, B e C).

Figura 26 A, B e C – Evolução do tratamento – regressão das lesões.



A: Imagem do dorso da língua, B: Imagem de gengiva, C: Imagem na parte interna de bochecha. Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Figura 27 - Receituário.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Como visto na Figura 26, as regressões das lesões foram nítidas em comparação com o aspecto inicial. O tratamento evoluía a cada consulta. Porém, neste dia, ela apresentou um novo quadro epilético durante o atendimento. Além de duas crises focais, teve também uma crise tônico-clônica generalizada.

O paciente com epilepsia pode apresentar vários tipos de crises convulsivas. Durante o atendimento da paciente, pude presenciar a crise convulsiva focal e a tônico-clonica generalizada. Confirme as características vou descrever a seguir.

Segundo Fisher et al. (2017), uma crise convulsiva focal é caracterizada por descargas elétricas anormais que se originam em uma área limitada do cérebro. Visualmente, essas crises podem variar seu grau, desde alterações simples sensoriais ou motores, quando o paciente mantém a consciência, até crises graves com alteração da consciência, onde o paciente pode apresentar automatismos e confusão. No caso desta paciente, nas crises focais os movimentos de um lado do rosto dela eram involuntários e a mesma apresentava após o automatismo esquecimentos.

Já a Crise Tônico-clônica de acordo com Chang e Lowenstein (2023), é definida por uma perda súbita de consciência, seguida por uma fase tônica de rigidez muscular generalizada e uma fase clônica de movimentos convulsivos rítmicos. Esse quadro de convulsão é mais complexo, visto que após a crise, os pacientes frequentemente passam por um período de confusão pós-ictal e fadiga. Caso ocorra a crise epilética durante a realização de procedimentos odontológicos o cirurgião deve seguir as recomendações expostas no Quadro 1.

Quadro 1 – Recomendações a serem seguidas pelos cirurgiões dentistas.

1. Posicionar o paciente em posição supina (caso esteja em pé ou sentado) para que se evite quedas e traumas.
2. Remover objetos (tanto da pessoa quanto do chão).
3. Afrouxar roupas apertadas.
4. Proteger a cabeça da pessoa com a mão, roupa, travesseiro.
5. Lateralizar a cabeça para que a saliva escorra (evitando aspiração).
6. Limpar as secreções salivares, com pano ou papel, para facilitar a respiração.
7. Observar se a pessoa consegue respirar.
8. Afastar os curiosos, dando espaço para a pessoa.
9. Permitir que a pessoa descanse ou até mesmo durma após a crise.
10. Após a crise posicionar o paciente na posição de recuperação decúbito lateral, com uma das pernas flexionadas e a outra estendida.

Fonte: Almeida Júnior, Rosa e Conceição, 2020.

Portanto, é fundamental que o cirurgião dentista conheça as técnicas comportamentais e se prepare para possíveis intercorrências. Estudar e se atualizar para que ele nunca falhe na conduta é primordial. Se manter calmo e não utilizar força na contenção auxiliam no sucesso.

Dando continuidade no tratamento proposto para a paciente em questão, identificamos uma dificuldade de higienização bucal enfrentada pela mesma, como era um caso atípico, optamos por melhorar a condição bucal para auxiliá-la na redução de acúmulo do biofilme.

De acordo com os ensinamentos adquiridos na graduação, a remoção de tártaro supragengival é de grande relevância, visto que dele há um controle das inflamações gengivais e doenças periodontais. A associação da instrumentação supragengival combinada com os cuidados em casa, como por exemplo, realizando uma boa higiene bucal, são primiordiais para evitar a progressão de doenças periodontais, cárie, dentre outros.

Segundo Silva (2020), devido ao uso de medicamentos anticonvulsivante pode haver um aumento gengival e, como consequência disso, um grande acúmulo de biofilme dental. O mesmo destaca que a gestão adequada da higiene oral é essencial para diminuir esses efeitos adversos e manter a saúde gengival em pacientes epilépticos.

Ademais, em todas as consultas ao longo do tratamento, foram realizadas, além da instrumentação supragengival com uso do aparelho de ultrassom, a profilaxia e a instrução de

higiene oral. Com isso, a paciente sentia-se satisfeita em observar que seus dentes estavam “mais limpos”, assim ela se referia em relação a manutenção da sua saúde bucal.

No decorrer das semanas, a paciente chegava relatando algo que lhe incomodava e aos poucos íamos nos adaptando para auxiliar e minimizar os efeitos ocasionados pelo possível diagnóstico de Pênfigo e Líquen Plano.

Entretanto, foi questionado por ela, que o uso do creme dental de costume estava lhe causando “ardência” e que seus lábios estavam “ressecados”. Assim, para minimizar e aliviar a dor, prescrevemos creme dental sem mentol, escova macia e creme bepantriz.

Através de mensagens, foi informado através dela própria que após três dias de uso que havia cessado a sua dor, e que ela estava até “cantando”, algo que durante os últimos tempos ela não fazia.

O tratamento seguia sendo eficaz e com o passar dos dias ela relatava melhora e sempre muito conveniente. Cada conquista para ela era motivo de alegria e realização. A alimentação com alimentos sólidos e quentes foi um grande avanço e muito comemorado por ela.

Com o passar das semanas, pude observar que a frequências nas consultas começaram a ficar deficientes e que ela não comparecia em todas como antes. Através de conversas pelo aplicativo de mensagens, ela me relatava que as crises convulsivas voltaram a acontecer diariamente dificultando as suas vindas às consultas e impossibilitando a avaliação semanal.

Além das dificuldades em comparecer devido aos problemas relacionados às crises epiléticas, ela também relatava o de locomoção, visto que ela precisava sempre do acompanhamento de algum familiar.

Sempre mantendo o contato com a mesma, pude observar por meio de seus relatos, que após as crises os questionamentos de dor na parte interna das bochechas voltavam a aparecer. Sinal este, característico de mordida ocorrida durante os movimentos involuntários.

No dia 28 de maio de 2024, a paciente conseguiu comparecer à clínica para controle. De acordo com as imagens da Figura 28 A, B, C e D, as lesões na parte interna das bochechas aumentaram. Já na gengiva e borda da língua houve redução.

Figura 28 A, B C e D – Estágio de evolução das lesões bucais.

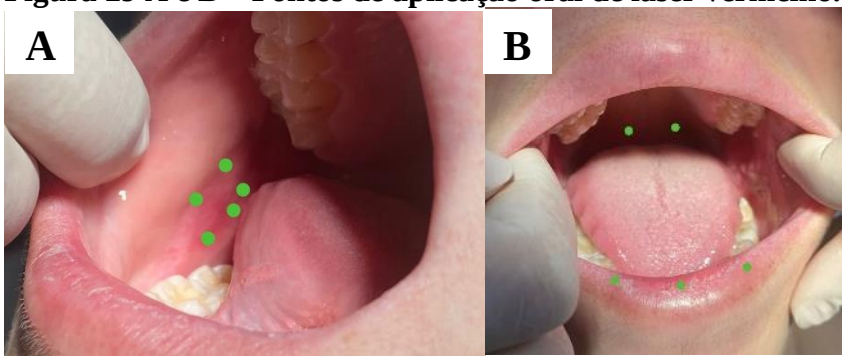
A: Imagem anterior região de gengiva, B: Imagem anterior inferior de região de gengiva, C: Imagem da região interior da bochecha, D: Imagem da região interna da bochecha. Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Ao tentar identificar o fator principal causador do aumento e redução em algumas áreas, foi necessário investigar o tempo que a mesma esteve ausente das consultas. Em uma conversa, ela relata que suas crises convulsivas estavam mais frequentes que o normal, o que dificultou o comparecimento. Além de sofrer pneumonia aspirativa associada à ventilação mecânica (PAVM) após intubação. Sendo então, necessário o uso de corticoides por um mês sem pausa.

Tal fato se explicou através do relato da paciente onde o uso do medicamento corticóide reduziu a possível hipótese supracitada na discussão deste estudo. Onde, os corticoides auxiliam no controle da resposta em doenças autoimunes.

Para alívio da dor, utilizamos mais uma vez a aplicação de laser vermelho 1 J com ação analgésica e anti-inflamatória, nos pontos descritos na Figura 29 A e B, ativando a imunidade local do paciente.

Figura 29 A e B – Pontos de aplicação oral de laser vermelho.



A- Pontos de aplicação do laser em bochecha; B- Pontos de aplicação em áreas especificas de incômodo relatada pela paciente. Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Entretanto, a teoria descrita ao longo deste relato, é confirmada a cada consulta realizada com a paciente. A hipótese possível de Líquen Plano Erosivo e Pênfigo, vai se confirmando sempre que a mesma faz o uso de corticoide, que, nesses casos, é o principal medicamento aliado no controle da doença autoimune. Sobre as crises convulsivas e as lesões na bochecha, se explica pelos movimentos involuntários realizados durante as crises.

Portanto, é necessário atentar-se aos relatos pessoais de cada paciente, respeitar a sua individualidade e suas limitações, além de desenvolver um trabalho íntegro e multidisciplinar, trazendo e promovendo saúde para os pacientes de forma integral e humanizada.

Diante disso, levar saúde bucal e sorriso vai muito além de dentes. O meu sentimento de felicidade é indescritível. Ouvir após os dias de atendimento a alegria da paciente ao relatar por mensagens que eu estava levando “vida” para ela, me deixava motivada a cada dia querer ser melhor. Ter a oportunidade de proporcionar bem-estar e qualidade de vida para a mesma.

Procedimentos simples, como o ato de escovar os dentes, alegravam o dia dela. Além de relatar melhora na dicção ao cantar, ao alimentar, o que deixava a paciente entusiasmada. E mesmo diante de toda a limitação, ela depositava confiança em mim e me exaltava por aliviar suas dores.

Este atendimento fez parte da minha trajetória e me fez criar forças em cada dificuldade através da persistência da paciente. Como dizia Madre Teresa de Calcutá “Não devemos permitir que alguém saia da nossa presença sem se sentir melhor e mais feliz” e, assim eram nossos atendimentos, com sorrisos e alegria.

2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Maria Elisa Carvalho Freire

Meu nome é Maria Elisa Carvalho Freire, tenho 22 anos e venho de um povoado chamado Cerrado, na cidade de Perdões – MG. Desde pequena fui altamente incentivada por meus pais a me empenhar nos estudos, mesmo com todas as dificuldades.

Logo pequena, quando iniciei a fase escolar, aos cinco anos, comecei junto uma batalha. Morar na roça pode parecer um sonho para muita gente, mas quando você cresce nela, a situação se torna um pouco diferente. Na época, a única opção para estudar era no recentemente nomeado distrito de Cana Verde, Cerradinho. Sem transporte público e com meu pai sendo extremamente ocupado em seu trabalho de produtor rural, a maior parte da missão de me levar e buscar na escola, que não era muito perto, era da minha mãe, que muitas vezes foi a pé, faça sol ou faça chuva, até posteriormente conseguirmos uma moto que facilitou as coisas.

Mais tarde, quando fiz 11 anos, como a escola somente oferecia até o quinto ano do Ensino Fundamental e meus colegas de turma foram estudar em Cana Verde, meus pais tomaram a decisão de que seria melhor me colocar em uma escola particular em Perdões, onde eu teria uma melhor condição de estudo. Aqui a luta começou a ser outra, pois acordava todos os dias as 5h da manhã para conseguir pegar o ônibus da prefeitura, que vivia em péssimas condições, para chegar na escola às 7h. A princípio, eu era uma criança sozinha em outra cidade, não sabia onde ficava nada e não tinha amigos naquela escola, o que foi deveras assustador. Alguns anos se passaram, o horário de aulas parou de coincidir com o horário do ônibus e me vi obrigada a ficar durante a semana na casa de um familiar, onde também houve pontos altos e baixos.

Devido a esses fatos, quando conclui o Ensino Médio, por si só já considerei uma vitória, pois não foi nada fácil chegar naquele ponto. Porém, aqui começava outra fase da minha vida, as incertezas sobre o futuro e que curso eu faria. A única certeza que eu tinha era que eu queria algum curso da área da saúde. Como eu sempre tive certa facilidade com trabalhos manuais, como desenhar e pintar, minha mãe sugeriu que eu cursasse Odontologia. A faculdade mais próxima com esse curso era o UNILAVRAS, e por isso, lá realizei o vestibular. Com a aprovação, já no ano seguinte me mudei para Lavras com uma amiga que fiz durante a escola e que também iria cursar Odontologia.

Logo de início, me apaixonei pelo curso, e mesmo enfrentando uma pandemia onde muitas das atividades foram suspensas, nunca desanimei ou pensei em abandonar a odontologia, e sim, fiquei mais encantada, onde a cada fase que passava e a cada evolução que eu tinha dentro da faculdade eu me via mais animada.

No 7º período realizei um estágio como auxiliar na clínica de Pacientes Especiais, o que despertou em mim o desejo de realizar meu estágio obrigatório na mesma clínica. O caso que vou relatar se refere a um paciente idoso com insuficiência renal crônica, no qual realizei um atendimento odontológico integral, levando em consideração os aspectos de saúde geral e psicológicos envolvidos.

2.4.1 Desenvolvimento da atividade

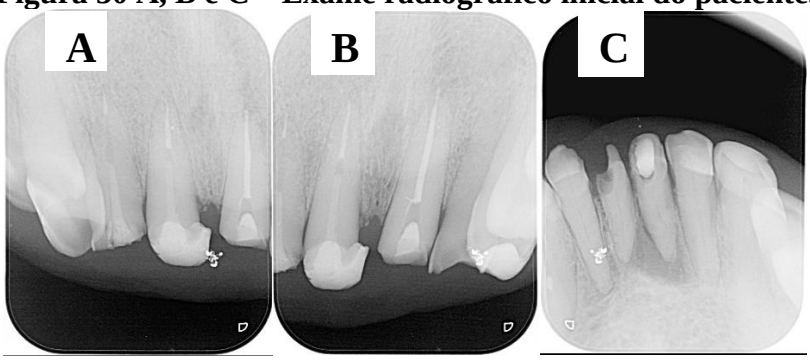
Já no início da clínica, quando foram solicitados os primeiros pacientes e havia o nervosismo sobre como iria ser a nova disciplina, recebi o paciente em questão. Se tratava de um senhor com seus 85 anos de idade, que já vinha sendo tratado odontologicamente dentro da clínica do Unilavras. Sua maior queixa eram os “dentes quebrados”, que o incomodavam esteticamente.

No seu prontuário, constava que ele já tinha realizado tratamento de canal do elemento 43 e facetas em resina composta nos elementos 21, 22 e 11. Porém, devido ao elevado grau de bruxismo, grande parte das restaurações haviam quebrado.

Ainda na primeira consulta, foi realizada uma atualização de sua anamnese e a atualização de quais medicamentos o paciente estava fazendo uso (Polivit Rencil, Mesidox 2, Assort 50 mg, Hixizine 25 mg e Neuleptil 10 mg), e um novo exame clínico e radiográfico.

Em resumo, após todos os exames, foi concluído que o paciente necessitaria de profilaxia e instrumentação supragengival, extração dos elementos 41 e 31, pino de fibra e restauração em resina composta do 11 (Figura 30 A), facetas em resina composta nos elementos 22 e 12 (Figura 30 A e B), e por fim, restauração das lesões cariosas não cariosas (LCNC) dos elementos 17 e 27. A princípio, nessa ordem. A conduta de extrair os elementos 41 e 31 veio devido à lesão periapical presente em ambos, que pode ser observada na Figura 30 C.

Figura 30 A, B e C – Exame radiográfico inicial do paciente.



Sendo (A) lado direito, (B) lado esquerdo e (C) dentes inferiores. Fonte: Prontuário do paciente arquivado na Clínica Odontológica do UNILAVRAS, 2024.

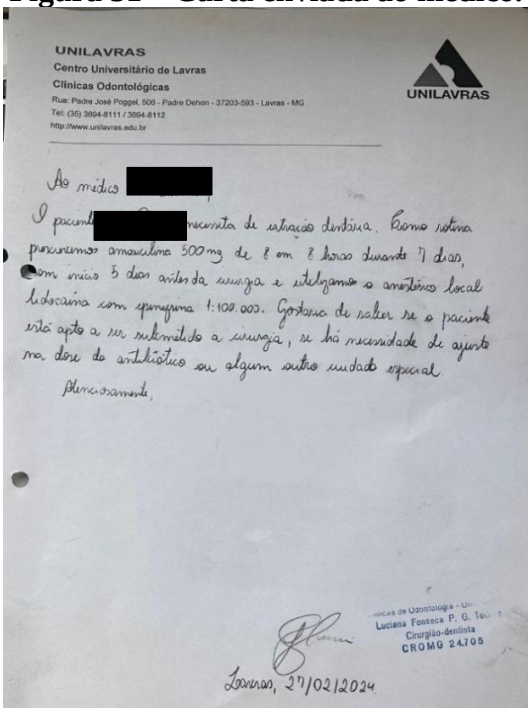
Em relação a saúde sistêmica do paciente, apresentava insuficiência renal e fazia hemodiálise. Diante disso, levamos em consideração que o atendimento de idosos portadores de Doença Renal Crônica deve ser multiprofissional, viabilizando qualidade de vida, conhecendo, supervisionando e controlando as manifestações bucais, indo ao encontro das necessidades individuais do paciente (Barbosa, 2020, p. 19).

E devemos considerar que durante o plano de tratamento do paciente com insuficiência renal não devemos usar anestésicos com vasoconstritores adrenérgicos, analgésicos à base de ácido acetilsalicílico, que o mesmo possui maior risco de hemorragias, dificuldade de cicatrização e que em dias de hemodiálise, se for utilizada a heparina, devemos aguardar 24h para a consulta, conforme Varellis (2017). Desta forma, como o paciente fazia a hemodiálise nas segundas-feiras, as consultas foram agendadas nas terças-feiras, ou seja, 24h após a utilização da heparina.

Segundo Onishi et al. (2016) a hemodiálise consiste em uma máquina que faz a troca gasosa e suporte hemodinâmico para suprir uma falha no sistema cardiopulmonar, isso faz com que o sangue desoxigenado seja drenado, oxigenado e colocado de volta em circulação. O sangue venoso desoxigenado vai para o oxigenador e o sangue arterial hiperoxigenado volta em circulação para o sangue venoso. Esse sangue reage com o tecido não endotelial e causa uma inflamação generalizada em conjunto a uma resposta pró-trombótica. Logo após o início acontece uma ativação generalizada da cascata de coagulação junto com uma diluição dos fatores que fazem a coagulação do sangue. Essas complicações fazem com que haja a necessidade do uso de anticoagulantes, como a heparina.

Diante disso, foi enviada uma carta ao médico explicando as necessidades cirúrgicas do paciente e quais os cuidados seriam necessários para realização da cirurgia (Figura 31).

Figura 31 – Carta enviada ao médico.



UNILAVRAS
Centro Universitário de Lavras
Clínicas Odontológicas
Rua: Padre José Poggel, 506 - Padre Dehon - 37203-593 - Lavras - MG
Tel: (35) 3694-8111 / 3694-8112
http://www.unilavras.edu.br

UNILAVRAS

Ao médico [redacted]

O paciente [redacted] encaminho de extração dentária. Como rotina prescrevemos amoxicilina 500mg de 8 em 8 horas durante 7 dias, com início 3 dias antes da cirurgia e utilizamos o anestésico local lidocaína com epinefrina 1:100.000. Gostaria de saber se o paciente está apto a ser submetido a cirurgia, se há necessidade de ajuste na dose de antibiótico ou algum outro cuidado especial.

Atenciosamente,

Lavras, 27/02/2024

Clínicas de Odontologia - UN...
Luciana Fonseca P. G. Tav...
Cirurgião-dentista
CROMG 24.705

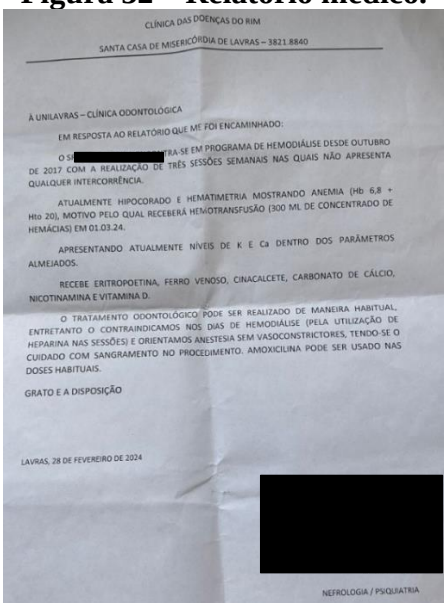
Fonte: Prontuário da paciente arquivado na Clínica Odontológica do UNILAVRAS, 2024.

Já na segunda consulta, realizei a profilaxia e a raspagem supragengival. Um ponto a se destacar foi a ansiedade do paciente, que se demostrou impaciente a atrasos e ainda tinha o costume de chegar bem adiantado às consultas.

Conforme já dito, o paciente já faz o uso de Assert, nome dado ao Cloridrato de Sertralina, medicamento usado para o tratamento de depressão em conjunto por sintomas de ansiedade, o que nos leva a correlacionar com sua impaciência durante os atendimentos. Segundo Campostrini e Kallás (2024), os transtornos depressivos mais comuns em idosos, apresentando em sua grande maioria, são sintomas como humor triste ou irritável, perda de prazer, alterações no apetite, sono, psisomotricidade e cansaço frequente.

Além disso, apresentava certa dificuldade em relação à cadeira odontológica, que não podia ser totalmente deitada sem que ele sentisse dores na coluna. Nessa mesma consulta, o paciente já trouxe a resposta do médico (Figura 32).

Figura 32 – Relatório médico.



CLÍNICA DAS DOENÇAS DO RIM

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LAVRAS – 3821.8840

À UNILAVRAS – CLÍNICA ODONTOLÓGICA

EM RESPOSTA AO RELATÓRIO QUE ME FOI ENCAMINHADO:

O S[redacted]TRA-SE EM PROGRAMA DE HEMODIÁLISE DESDE OUTUBRO DE 2017 COM A REALIZAÇÃO DE TRÊS SESSÕES SEMANAIS NAS QUAIS NÃO APRESENTA QUALQUER INTERCORRÊNCIA.

ATUALMENTE HIPOCORADO E HEMATIMETRIA MOSTRANDO ANEMIA (Hb 6,8 + Hto 20), MOTIVO PELO QUAL RECEBERÁ HEMOTRANSFUSÃO (300 ML DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS) EM 01.03.24.

APRESENTANDO ATUALMENTE NÍVEIS DE K E Ca DENTRO DOS PARÂMETROS ALMEJADOS.

RECEBE ERITROPOETINA, FERRO VENOSO, CINACALCETE, CARBONATO DE CÁLCIO, NICOTINAMINA E VITAMINA D.

O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PODE SER REALIZADO DE MANEIRA HABITUAL, ENTRETANTO O CONTRAINDICAMOS NOS DIAS DE HEMODIÁLISE (PELA UTILIZAÇÃO DE HEPARINA NAS SESSÕES) E ORIENTAMOS ANESTESIA SEM VASOCONSTRICTORES, TENDO SE O CUIDADO COM SANGRAMENTO NO PROCEDIMENTO. AMOXICILINA PODE SER USADO NAS DOSES HABITUAIS.

GRATO E A DISPOSIÇÃO

LAVRAS, 28 DE FEVEREIRO DE 2024

[redacted]

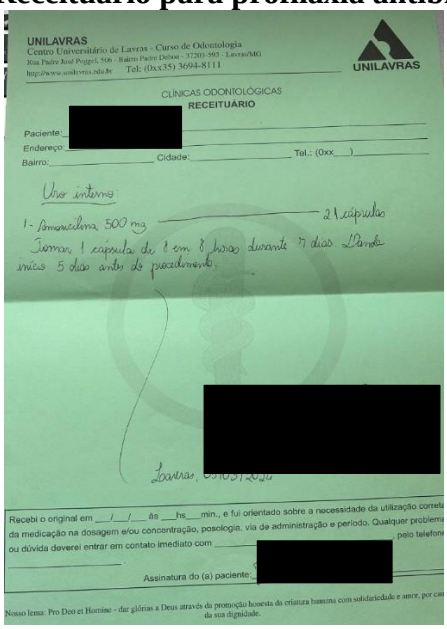
NEFROLOGIA / PSIQUIATRIA

Fonte: Prontuário da paciente arquivado na Clínica Odontológica do UNILAVRAS, 2024.

Diante disso, para a próxima consulta já foi prescrito o antibiótico (Figura 33), pois havia indicação da profilaxia antibiótica para a realização da extração do elemento 41.

Segundo Magalhães, Carvalho e Pinto (2020), a realização da profilaxia antibiótica tem como objetivo prevenir infecções após a realização dos procedimentos odontológicos invasivos e deve ser ajustado juntamente com o nefrologista ou de acordo com o protocolo preconizado pela AHA, ou seja, 2 g de amoxicilina, por via oral, uma hora antes do procedimento odontológico. Caso o paciente seja alérgico à penicilina, faz se o uso da clindamicina 600 mg, por via oral, uma hora antes do procedimento.

Figura 33 – Receituário para profilaxia antibiótica.



UNILAVRAS

Centro Universitário de Lavras - Curso de Odontologia

Rua Padre José Poggel, 506 - Bairro Padre Daniel - 37201-593 - Lavras/MG

http://www.unilavras.edu.br Tel: (0xx35) 3694-8111

UNILAVRAS

CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS

RECEITUÁRIO

Paciente: [redacted]

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Tel.: (0xx___) _____

Uso interno:

1- Amoxicilina 500 mg _____ 21 cápsulas

Tomar 1 cápsula de 8 em 8 horas durante 7 dias. Iniciar 5 dias antes do procedimento.

[redacted]

Lavras, 01/03/2024

Recebi o original em ___/___/___ às ___hs___min., e fui orientado sobre a necessidade da utilização correta da medicação na dosagem e/ou concentração, posologia, via de administração e período. Qualquer problema ou dúvida deverei entrar em contato imediato com _____ pelo telefone _____.

Assinatura do (a) paciente: [redacted]

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

Fonte: Prontuário da paciente arquivado na Clínica Odontológica do UNILAVRAS, 2024.

Na terceira consulta, havia sido planejada a primeira extração, mas durante a semana a filha do paciente mandou mensagem com dúvidas sobre o que seria realizado, demonstrando que o pai não havia entendido o procedimento e que prestava queixas sobre ficar “sem os dentes”, o que o comprometeria esteticamente. Diante disso, no dia da consulta retomei a explicação sobre a necessidade da extração dos dentes, mas vendo que o paciente apresentava certa dificuldade de compreensão, solicitei que a filha comparecesse em uma posterior consulta para que fosse explicado para ela também.

Dessa forma, já que o paciente estava presente, realizamos a restauração do elemento 21. E já que os dentes a extrair não apresentavam sintomatologia, a extração foi postergada até que o paciente compreendesse e concordasse com sua realização. Assim, fui dando continuidade ao tratamento restaurador.

As restaurações anteriores, devido à dificuldade de abertura bucal, localização e a escolha de evitar anestesiar devido aos problemas renais do paciente, foram feitas com isolamento relativo. Um dente por sessão devido a impaciência e ansiedade do paciente. Foi utilizada a resina da cor C3,5 (3M Filtec Z250 XT), condicionamento relativo com ácido fosfórico 37% e adesivo universal. Ao final, o paciente demonstrou estar satisfeito com a estética, mesmo com as intercorrências devido a impossibilidade de criar uma anatomia dita como “perfeita”, já que para preservar as restaurações de quebrar novamente, acabei não alterando a altura vertical dos dentes com a restauração. Na Figura 34 é demostrada a oclusão do paciente, evidenciando a mordida em topo e desgaste acentuado nos dentes anteriores.

Figura 34 – Foto de antes e depois das restaurações dos dentes anteriores.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Figura 35 – Oclusão do paciente.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Após as restaurações anteriores, foram feitas as restaurações Classe V nas LCNC nos elementos 17 e 27.

Figura 36 – Antes e depois da restauração do elemento 17.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Após algumas novas explicações sobre o caso, e da vinda da filha em uma consulta, houve a aceitação sobre a extração, mediante a colocação de uma prótese provisória no lugar.

Segundo Turano (2019), os problemas psicológicos podem alterar o comportamento na velhice, como a mudança na capacidade mental, alterações fisiológicas e desconfiança às mudanças sociais e ao meio ambiente. No paciente em questão, podemos observar essas alterações nos momentos em que ele teve dificuldade de compreender o que estava sendo feito no tratamento, com dificuldade de locomoção e pouca paciência para pessoas próximas.

Conforme Gonçalves et al. (2020) a PPR provisória, instalada após a extração dos dentes naturais, leva o paciente à restauração da estética e função, faz com que evite a perda de dimensão vertical na oclusão, reestabelece a função mastigatória, previne possíveis disfunções na articulação temporomandibular e faz com que o paciente retorne ao convívio social.

Desta forma, iniciou-se as moldagens e montagem em articulador para confecção da prótese parcial removível (PPR) provisória inferior (Figura 37).

Figura 37– Articulador montado.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Assim que o modelo de gesso foi entregue ao laboratório para a confecção da PPR, iniciou-se as extrações. Foi preescrito a profilaxia antibiótica, como já citada anteriormente e conforme indicação do médico. Como o paciente era idoso, com insuficiência renal crônica, anemia e hipertensão, optou-se pela exodontia de um dente por sessão, pois, assim poderíamos reduzir a quantidade de anestésico utilizado e usar um anestésico sem vasoconstritor, conforme recomendado pelo médico do paciente. Além disso, diminuiria o risco de hemorragia.

Desta forma, o anestésico utilizado foi a mepivacaína sem vasoconstritor que, segundo Andrade (2014), tem um menor potencial de causar efeitos sistêmicos indesejados relacionados à constrição dos vasos sanguíneos, que podem afetar a pressão arterial e a frequência cardíaca. Além disso, tem uma duração de ação intermediária que a torna adequada para procedimentos odontológicos de curta a média duração. Isso proporciona um bom equilíbrio entre eficácia e duração do efeito anestésico. Como se tratava de um dente com doença periodontal, sendo um procedimento de curta duração, foi julgado como adequado para a situação.

O primeiro dente a ser extraído foi o elemento 41. A cirurgia ocorreu de forma tranquila, e com cuidado para que não houvesse sangramento excessivo que prejudicasse o paciente. Após a extração do dente, foi colocada uma esponja de fibrina (Figura 38) para que houvesse controle

do sangramento. Além disso, foi feita uma compressão digital para a aproximação das bordas das ferida (Figura 39) junto a uma sutura simples.

Segundo Farias et al. (2020), a fibrina e seus correspondentes são eficazes de diminuir o tempo de hemostasia. São derivados do plasma que correspondem ao último estágio da coagulação sanguínea, e quando usados em lesões, eles agem desenvolvendo a cascata de coagulação e catalisam o fibrinogênio em fibrina, contribuindo diretamente na formação do coágulo.

Figura 38 – Inserção da esponja de fibrina.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Figura 39 – Alvéolo pós cirúrgico.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Na Figura 40 é demostrado o dente 41 após exodontia.

Figura 40 – Dente 41 extraído.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

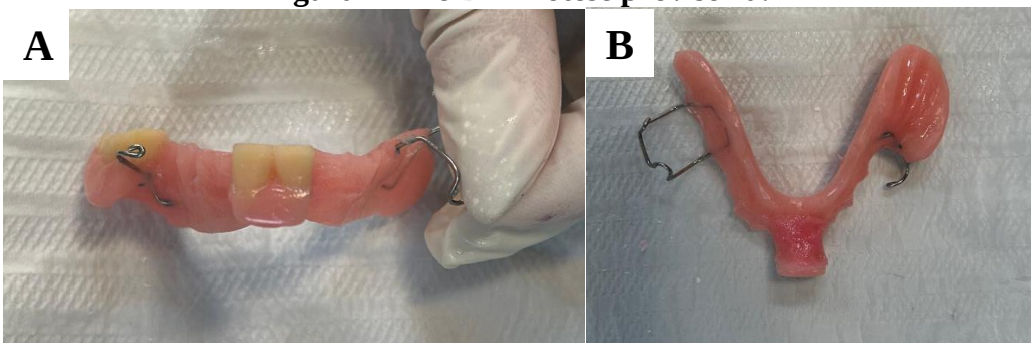
Na próxima sessão, onde foi extraído o elemento 31 (Figura 41), a cirurgia ocorreu com as mesmas ressalvas e sem intercorrências. Ao final, havia a intenção de já instalar a prótese provisória, porém, como a prótese apresentou certos problemas de adaptação, necessitando de grande quantidade de ajustes, pois estava machucando o paciente, que havia acabado de passar por uma cirurgia, optou-se por concluir sua adaptação na próxima sessão.

Figura 41 – Pós cirurgia do dente 31.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Na semana seguinte, quando o paciente retornou para a remoção da sutura e nova tentativa de adaptação da prótese, notou-se que esta não funcionaria mesmo após vários desgastes. O paciente passou por uma nova moldagem, na qual foi montada novamente em articulador e encaminhada para o laboratório, que após 15 dias devolveu uma nova prótese (Figura 42 A e B).

Figura 42 A e B – Prótese provisória.



Sendo: (A) vista anterior e (B) vista superior. Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

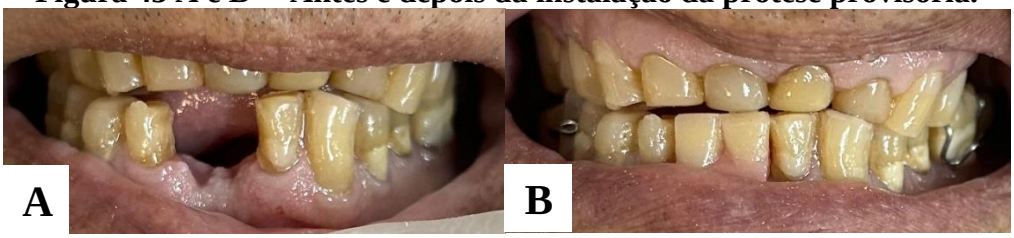
Após alguns ajustes e reembasamento na região dos incisivos centrais onde foi realizada com resina acrílica, a nova prótese adaptou. O paciente foi orientado a entrar em contato se sentisse algum incômodo e dificuldade de adaptação no uso da prótese para que fosse ajustada

novamente na semana seguinte, mas aparentemente ocorreu tudo bem, já que ele não fez contato.

Segundo Turano (2019) a adaptação de uma prótese total é muito complicada, e devemos ser claros e realistas na explicação de que não se trata somente de questão material, mas também de um tratamento biológico, onde é impossível impedir que haja a modificação tecidual do organismo durante a vida, e que a mesma prótese seja mantida durante toda a vida.

Na Figura 43 A e B, mostra-se a fotografia após as exodontias e após a instalação da prótese parcial removível provisória.

Figura 43 A e B – Antes e depois da instalação da prótese provisória.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

Segundo Varellis (2017) o tratamento odontológico procura reabilitar funções estéticas e mastigatórias, e a questão risco/benefício deve ser levada em consideração na intervenção profissional. Diversas vezes procuramos a situação ideal, que nem sempre conseguimos obtê-la, representando desgaste mental, físico e econômico ao paciente, como também emocional, além de trazer resultados de insatisfação nas expectativas.

Ao finalizar o tratamento do paciente, que coincidiu com o final da clínica de Pacientes Especiais, senti a realização, que estou no caminho certo e que é essa Odontologia que quero levar para o futuro, onde ao final do tratamento, o paciente possa se sentir feliz novamente com sua aparência, como no caso em questão, onde ao se ver no espelho ele disse “É, agora tô parecendo gente de novo, tô bonitinho.” (Figura 44) Portanto, fica o sentimento de gratidão de poder proporcionar isso a alguém com meu trabalho, onde pude aprender e crescer como pessoa e profissional durante todo o tratamento.

Figura 44 – Paciente com sua prótese.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

2.5 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Morgana Silva Pinheiro

Meu nome é Morgana Silva Pinheiro, tenho 27 anos, sou natural de Belo Horizonte, mas minha família inteira, avós, tios e primos são da cidade de Cristais, MG, por isso, me considero cristalense como eles. Sou a filha mais velha e tenho mais três irmãos, Pedro, Jordana e Joaquim. Minha mãe trabalhava em uma empresa de telemarketing, mas desde o nascimento dos meus irmãos passou a se dedicar exclusivamente a cuidar da casa e da família. Meu pai era bancário e acabava sendo transferido de cidade a cada quatro anos, hoje ele está aposentado, e adora passar seu tempo no rancho da família. Na sua última transferência, nos mudamos para a cidade de Boa Esperança, onde moramos até hoje. Como ninguém da família deles tinha tido oportunidade de estudar, meus pais sempre prezaram que o estudo é a base de tudo, por isso nunca mediram esforços para que tivéssemos as melhores oportunidades de ensino, e assim eles estão conseguindo, com muita luta, formar seus filhos.

Minha jornada na Odontologia começou desde muito pequena, onde ao fazer o acompanhamento com uma odontopediatra, ficava encantada com aquele mundo, levava presentes para ajudar ela a decorar o consultório, insistia para que ela me deixasse ser sua secretária e até dava um jeito de fazer minha mãe me levar para visitá-la, mesmo sem necessidade. No Ensino Médio, mantinha a ideia de cursar Odontologia e era a única aluna da turma com vontade de cursar, porém, no terceiro ano do Ensino Médio, com a cabeça de não saber direito o que quer e vendo minha sala inteira indo para um caminho diferente, a Medicina, acabei deixando ser levada pela maioria.

O meu sonho de cursar Odontologia se tornou uma vontade de cursar Medicina. Foi o começo de uma jornada extremamente cansativa de curso pré-vestibular. Foram quatro anos buscando uma aprovação em Medicina em uma faculdade federal, obtive algumas aprovações em faculdades particulares, mas a teimosia e o medo de meus pais não terem condição de arcar com os custos não me permitiam ir. No quarto ano, já exausta com aquela rotina e sem perspectiva de conseguir entrar em uma universidade federal, eu e minha família decidimos tentar e arriscar me matricular em uma faculdade particular. Com essa decisão me mudei para Volta Redonda, eram 6h de viagem até Boa Esperança, uma cidade desconhecida, sem minha família e amigos, apenas a vontade de cursar a Medicina.

Cursei o primeiro período, e várias foram as dificuldades que passei naquele tempo, mas sem dúvida a principal foi a distância, e a descoberta de que talvez aquele curso não seria o que eu gostaria para o meu futuro. Com isso, terminei o primeiro período e voltei para a minha cidade, já com a matrícula trancada e desesperada sobre o que eu faria a partir daquele momento. Graças a Deus, sempre tive o apoio da minha família, o que me ajudou a passar por todas as turbulências e a tomar essa difícil decisão. Foram dois meses sem ter um destino, até que comecei a buscar minhas possibilidades, e a Odontologia voltou a surgir na minha cabeça, retornando esse sonho antigo, mas buscando sempre estar o mais próximo possível da minha família. Assim, cheguei ao UNILAVRAS, já tinha grandes referências, mas fui conhecer pessoalmente o centro universitário, e fiquei encantada. Pronto, uma nova fase estava começando!

Esses cinco anos dentro do mundo da Odontologia, passamos por dificuldades, como a pandemia, que trouxe o medo e a incerteza para todos. Mas o ano de 2023, o oitavo período, com toda a certeza foi o que mais me marcou, pois foi ali que aprendi a ter paciência, que Deus estava comigo e Ele me mostraria que tudo daria certo. Encontrei e enxerguei pessoas que se tornaram extremantes especiais, minha família que já estava sempre presente, mas pude ver também o carinho e a atenção de alguns colegas, amigos e professores, que me deram a força que eu precisava para passar por aquele momento, e essas pessoas vão ficar para sempre no meu coração.

Várias foram as experiências durante esses oito períodos, mas uma que me marcou durante esse percurso foi na Clínica Integrada I, a primeira paciente que fiz a triagem. Logo de início, percebi que a situação poderia ser mais complicada do que imaginava, chamei os professores de prótese e periodontia, e eles indicaram uma panorâmica e radiografias periapicais, pois aquele caso talvez seria de uma prótese total, e assim começamos a estudar o caso.

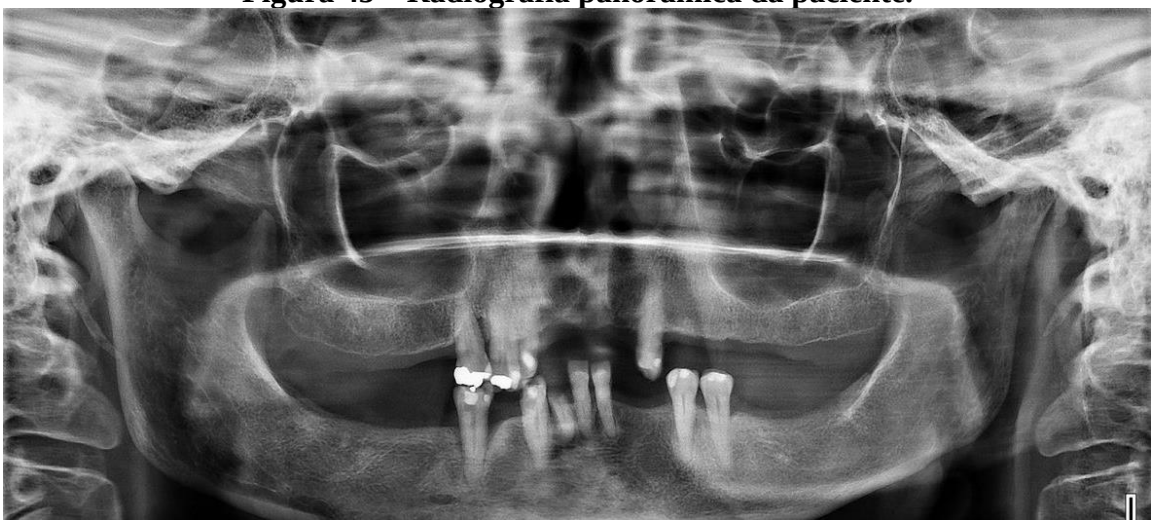
2.5.1 Desenvolvimento da atividade

O caso que vou relatar refere-se a uma paciente de 76 anos, aposentada, atendida logo no início das atividades clínicas da disciplina de Clínica Integrada III. Sua queixa principal era “dor nos dentes de baixo para mastigar, e as próteses estavam soltas”. No exame clínico notava-se a presença de muita recessão e extrusão dentária, com mobilidade, lesões de cárie, necrose pulpar com lesão periapical, e muitas perdas dentárias devido a doença periodontal em estágio avançado. A paciente fazia uso de prótese parcial removível superior e inferior. Como era a clínica de triagem, fomos orientadas a chamar um professor para avaliar se era um caso para o nosso período, ou se teríamos que encaminhá-la para outra disciplina. O professor de periodontia, Prof. Dr. Luiz Fernando, verificou e diagnosticou que possivelmente seria um caso para prótese total. Desta forma, o professor de prótese, Prof. Dr. Sélem, avaliou e solicitou uma radiografia panorâmica para auxiliar no diagnóstico e plano de tratamento adequados à paciente.

Durante a anamnese, a paciente relatou que apresentava hipertensão, diabetes mellitus e asma, e fazia uso de alguns medicamentos, são eles: Losartana, Clorana, Atenolol, Glifage, Sinvastatina, Tolrest e broncodilator. Aferimos a pressão arterial e o valor foi 130x100 mmHg e a glicose controlada.

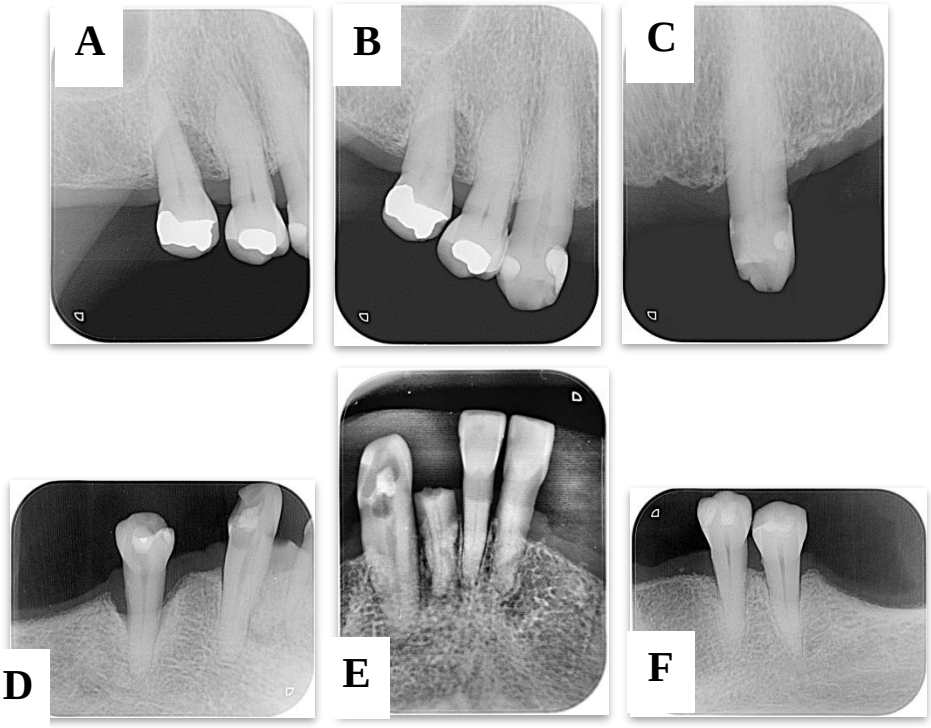
A paciente retornou na próxima clínica com a panorâmica (Figura 45), e eu realizei o exame clínico, periodontal, e as radiografias periapicais (Figura 46 A, B, C, D, E e F).

Figura 45 – Radiografia panorâmica da paciente.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023.

Figura 46 A, B, C, D, E e F – Radiografias periapicais.



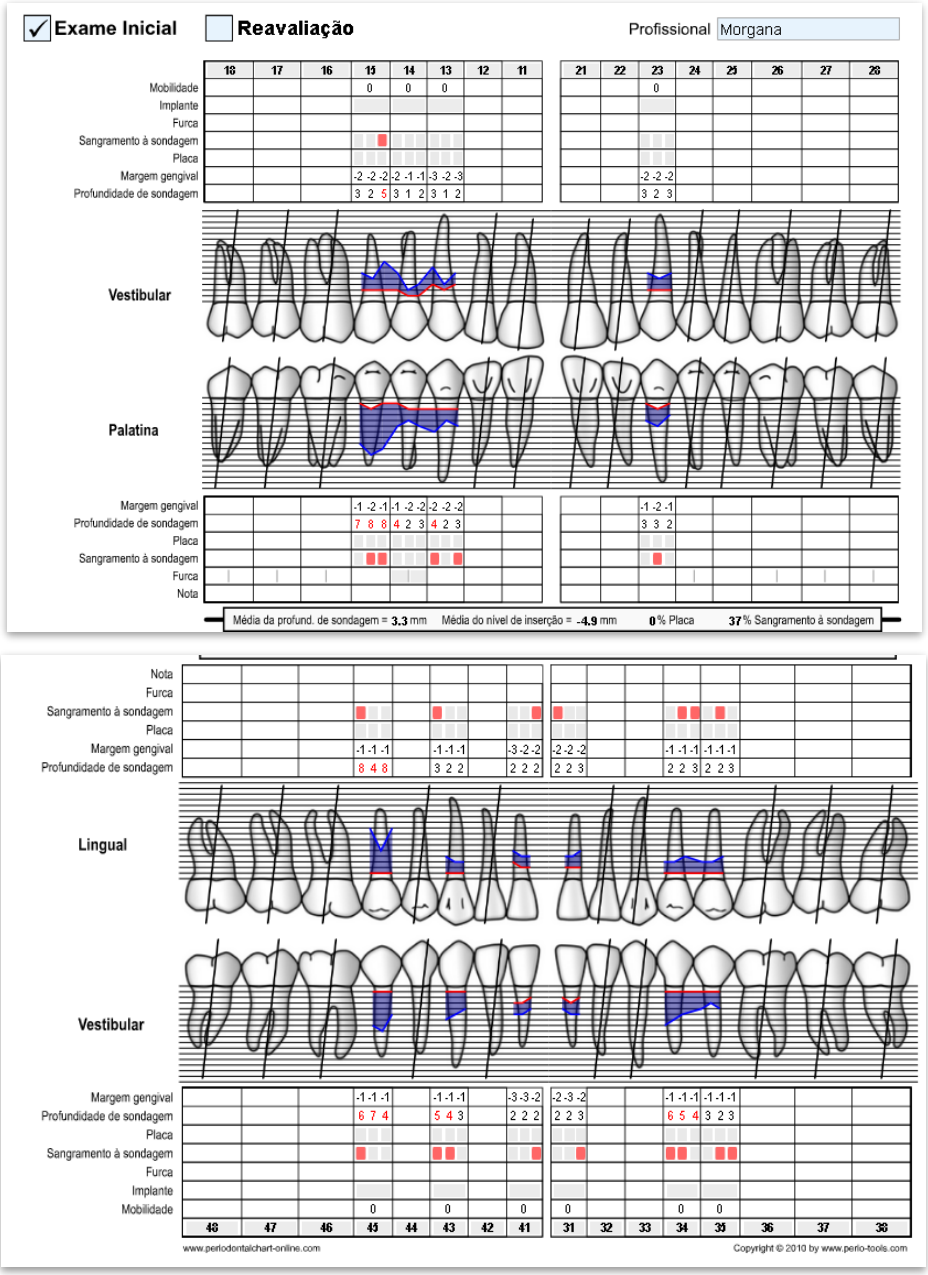
(A) Dentes 15,14 e 13; (B) dentes 15,14 e 13; (C) dente 23; (D)dentes 45, 43, raiz residual do 42; (E) dentes 43, raiz residual do 42, 41 e 31; (F) dentes 34 e 35. Fonte: Prontuário da paciente, 2023.

Na panorâmica foi constatado uma perda óssea generalizada, presença somente dos dentes 15, 14, 13, 23, 35, 34, 31, 41,43 e 45 e também a presença de uma calcificação do ligamento estilo-hioideo, que era sugestivo de Síndrome de Eagle.

A Síndrome de Eagle é uma condição que causa dor na região do rosto e da boca devido ao alongamento do processo estilóide ou à calcificação do ligamento estilo-hióideo. Cerca de 4-10% das pessoas são afetadas por essa condição. O comprimento normal do processo estilóide varia entre 15,2 mm e 47 mm, e quando excede 30 mm, pode resultar na Síndrome de Eagle. Os sintomas incluem dor na mandíbula, garganta, ouvidos e desconforto ao engolir (Egierska; Perszke; Kurianowicz, 2021).

Porém, como a paciente não apresentava sintomas, constatou-se que a mesma não apresentava a referida síndrome, apesar da presença de calcificação do ligamento estiloide. Foi realizado o exame periodontal e os dados foram registrados no Periotools. O uso de métodos de informática avançados, como o Periotools, poderia ajudar de forma otimizada na detecção de doenças periodontais e de seus fatores de risco, além de contribuir na promoção de estratégias preventivas no consultório, na esperança de reduzir a prevalência da doença periodontal e melhorar a qualidade de vida do paciente (Patel et al., 2023). O periograma gerado pelo aplicativo está exposto na Figura 47.

Figura 47 – Periograma gerado pelo aplicativo Periotools.



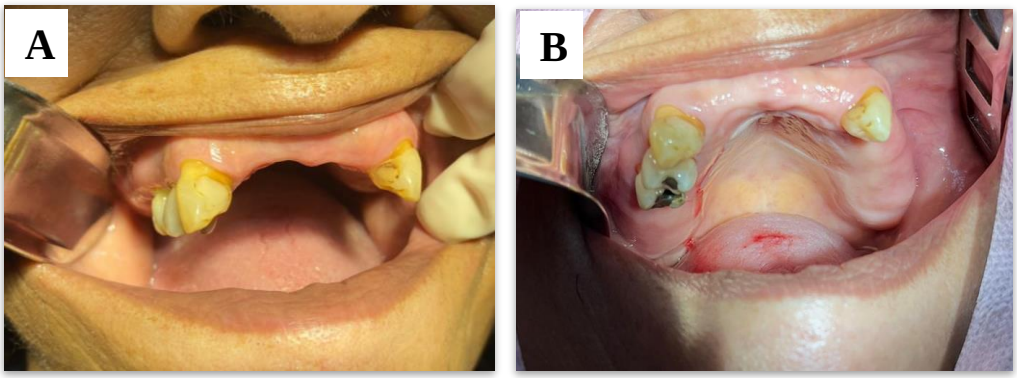
Fonte: Prontuário da paciente, 2023.

Após avaliação periodontal, concluiu-se que a paciente apresentava Periodontite estágio IV, grau B, pela perda de mais de cinco dentes devido à doença periodontal. Desta forma, após avaliação dos professores das áreas de Periodontia e Prótese, chegamos a conclusão, levando em consideração as condições de saúde financeiras da paciente, que a opção de tratamento mais adequada seria a exodontia dos dentes 15, 14, 13, 23, 35, 34, 31, 41,43 e 45, e a confecção de uma prótese total imediata superior e inferior e, posteriormente, a confecção de uma prótese total definitiva. A fotos da situação clínica da paciente se encontra na Figura 48 A e B.

A prótese total imediata é um aparelho reabilitador que restabelece a função e a estética imediatamente após exodontias, útil para solucionar a dificuldade do paciente em aguardar a reparação do alvéolo para possibilitar a confecção da prótese total definitiva, restabelecendo função e estética imediatamente após exodontias (Ribeiro; Marcolino; Corrêa, 2022).

As cirurgias seriam feitas em duas etapas, primeiro a exodontia dos elementos superiores e a instalação da prótese imediata superior, e após a adaptação da paciente à mesma e a recuperação e cicatrização, faríamos a exodontia dos inferiores e a instalação da prótese imediata inferior

Figura 48 A e B – Imagens clínicas da arcada superior da paciente.



Sendo: (A) vista anterior e (B) vista oclusal. Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023.

Na consulta seguinte realizamos a moldagem de estudo, com alginato e moldeira. E vazamos com gesso tipo IV, o modelo está exposto na Figura 49.

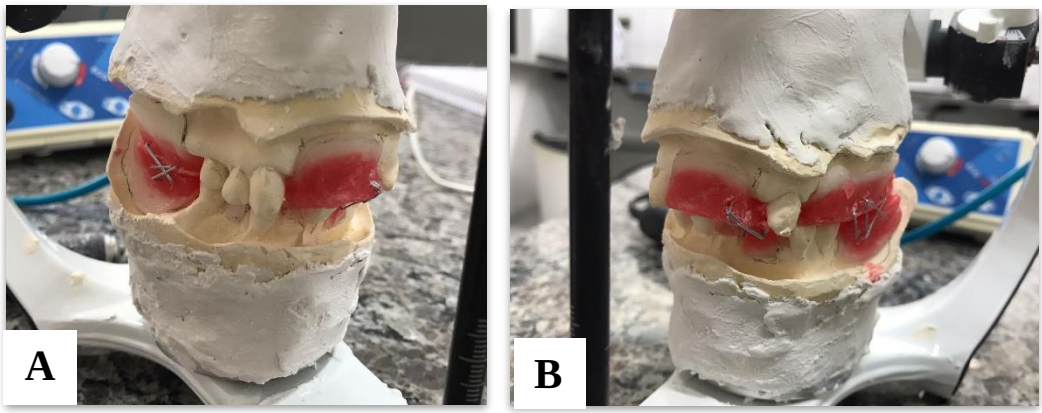
Figura 49 – modelo da arcada superior da paciente.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023.

Após a moldagem de estudo, realizei uma adequação do meio bucal, preparando e acondicionando para melhorar a saúde bucal da paciente, para eliminar focos de infecção, visto que a paciente apresentava no exame periodontal bolsas de até 8 mm com sangramento à sondagem. Foi feito uma raspagem subgengival e supragengival com ultrassom e curetas.

Após todos os diagnósticos e procedimentos preparatórios, foi confeccionada uma base de prova com rolete de cera utilidade número 7 e resina acrílica, formando uma base para conseguirmos montar em articulador e conseguir uma boa oclusão da paciente. A montagem em articulador está exposta na Figura 50 A e B.

Figura 50 A e B – Montagem do articulador com o modelo e a base de prova da paciente.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023.

Foi realizada na clínica, junto ao procedimento da base de prova, a escolha da cor da gengiva e dos dentes que iriam na protese total imediata superior e inferior, de acordo com o modelo que mais adaptava às caracteristicas fisicas da paciente, levando em consideração o desejo e a opinião da paciente (Figura 51).

Figura 51 – Dentes e cor da gengiva selecionados.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023.

Foram escolhidas a cor da gengiva 44, de acordo com a escala da Dental VIPI – STG Escalas Polícromaticas de Gengivas, e dos dentes, 62, de acordo com a escala de cores da Trilux.

Pós procedimentos clínicos básicos, foi encaminhado para o laboratório o modelo com a base de prova montado em articulador, juntamente com o número das cores de acordo com a escala, para a confecção da protese total imediata superior e inferior, e do guia cirúrgico (Figura 52).

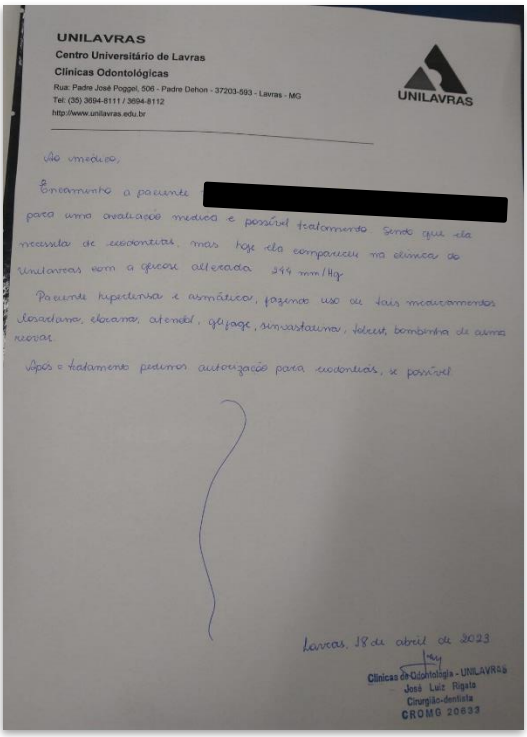
Figura 52 – Protése imediata superior e o guia cirúrgico.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023.

Na parte cirúrgica, teríamos que ter algumas cautelas, devido às doenças sistêmicas da paciente, como a diabetes, que poderia dificultar a cicatrização, a hipertersão, avaliando qual anestésico mais adequado para o caso; e a asma, com a quantidade de tubetes que seria usada para uma cirurgia sem riscos de complicações.

No dia anterior a cirurgia, foi realizado na propria clínica do Unilavras, o controle da glicose, com o glicosimetro, porém, a glicose da paciente se encontrava alterada, em 244 mg/dl, considerada alta para o quadro. Então foi enviado uma carta ao médico responsável pela paciente, solicitando que a diabetes fosse controlada e pedindo a averiguação de outros exames, esperando uma recomendação com autorização para o procedimento cirúrgico (Figura 53) , e caso houvesse alguma ressalva para que nos fosse explicado.

Figura 53 – Solicitação de recomendação do médico responsável.



UNILAVRAS
Centro Universitário de Lavras
Clínicas Odontológicas
Rua: Padre José Poggel, 506 - Padre Dehon - 37203-593 - Lavras - MG
Tel: (35) 3694-8111 / 3694-8112
http://www.unilavras.edu.br

UNILAVRAS

Ao médico,

Encaminho a paciente [redacted]
para uma avaliação medica e possível tratamento. Sendo que ela
necessita de exodontias, mas hoje ela compareceu na clínica de
Unilavras com a glicose alterada 344 mm/Hg.

Paciente hipertensa e asmática, fazendo uso de tais medicamentos
Losartana, clonazepam, atenolol, glifage, sinvastatina, tolecet, bombinha de asma
neovar.

Após o tratamento pedimos autorização para exodontias, se possível.

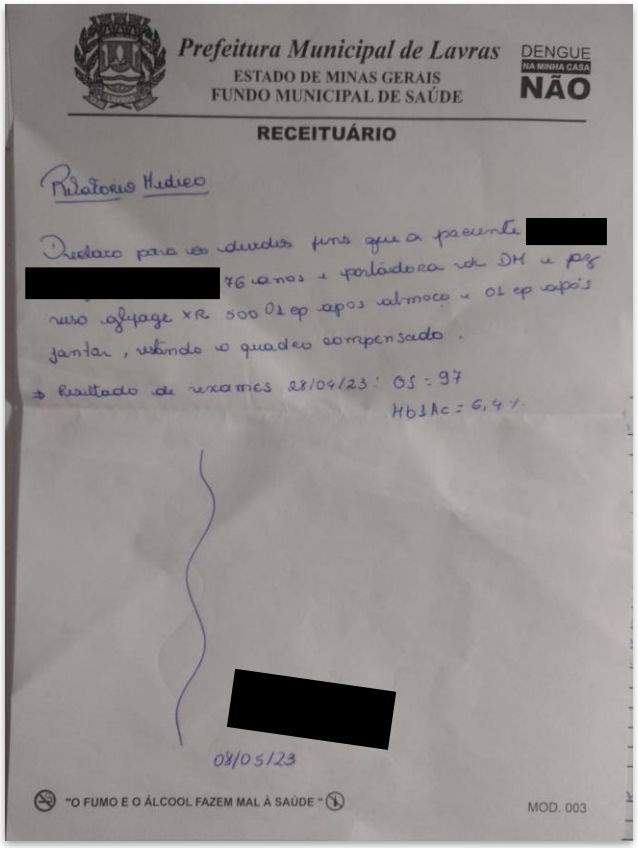
Lavras, 18 de abril de 2023

Clínicas de Odontologia - UNILAVRAS
José Luiz Rigata
Cirurgião-dentista
CROMG 20633

Fonte: Prontuário da paciente, 2023.

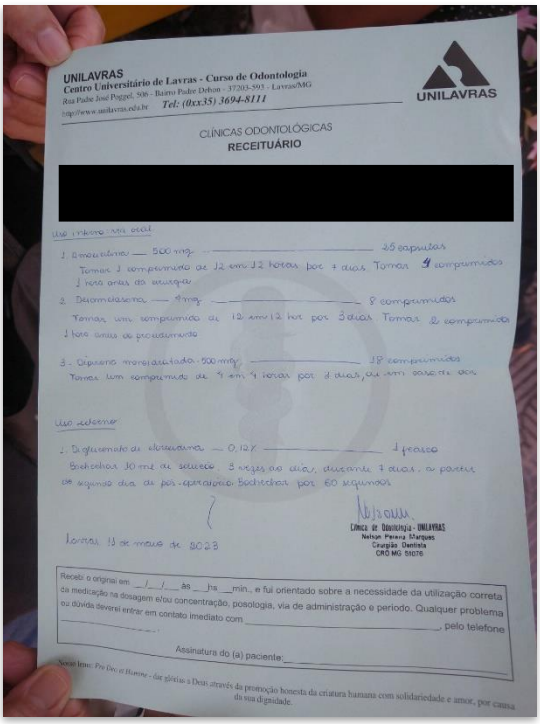
Com a carta do médico, mostrando que a paciente se encontrava com a glicose e a pressão controladas e liberando o paciente para a cirurgia (Figura 54), optamos por fazer uma profilaxia antibiótica (Figura 55), a fim de evitar possíveis infecções pós-cirúrgicas. Prescrevemos para a paciente amoxicilina de 500 mg, tomando 4 cápsulas 1 hora antes do procedimento, e dexametasona 4 mg, 2 comprimidos também 1 hora antes do procedimento cirúrgico. Para o pós-cirúrgico, pedi à paciente que continuasse o uso da amoxilina por mais 7 dias, tomando 1 capsula de 8 em 8 horas, a dexametasona, tomar de 12 em 12 horas por mais 3 dias, e prescrevemos dipirona monoidratada de 500 mg, para tomar de 6 em 6 horas, ou em caso de dor, por no máximo 3 dias. Também foi importante, garantir que a paciente trouxesse no dia da cirurgia o seu broncodilatador (bombinha) de controle da asma, para que fosse utilizada caso ocorresse uma crise asmática.

Figura 54 - Carta de liberação do médico à paciente.



Fonte: Prontuário da paciente, 2023.

Figura 55 – Prescrição medicamentosa para a paciente, pré e pós-cirúrgica.

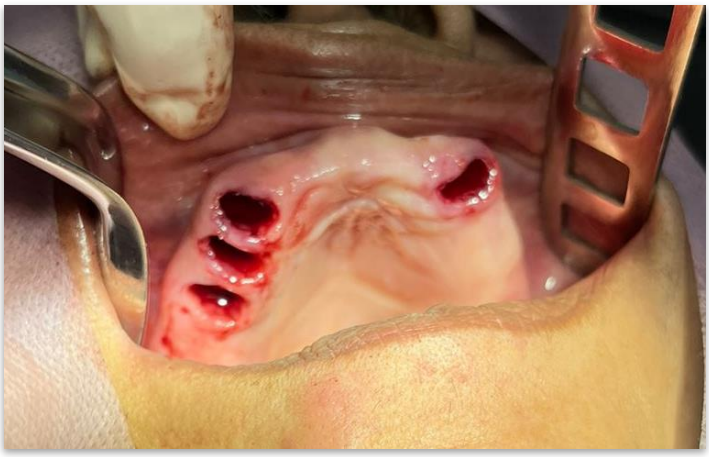


Fonte: Prontuário da paciente, 2023.

Para a primeira etapa da reabilitação da paciente, optamos por realizar primeiro a cirurgia da arcada superior, pois essa apresenta uma melhor adaptação. Realizamos a cirurgia (Figura 56) com a quantidade de no máximo dois tubetes do anestésico articaína a 4% com epinefrina 1:100.000.

A técnica anestésica utilizada no lado direito foi a do bloqueio do nervo infraorbitário, com 1 tubete, e um quarto do tubete no nasopalatino. Para o lado esquerdo com três quartos do segundo tubete optamos pela técnica infiltrativa, e por palato, totalizando o máximo de 2 tubetes.

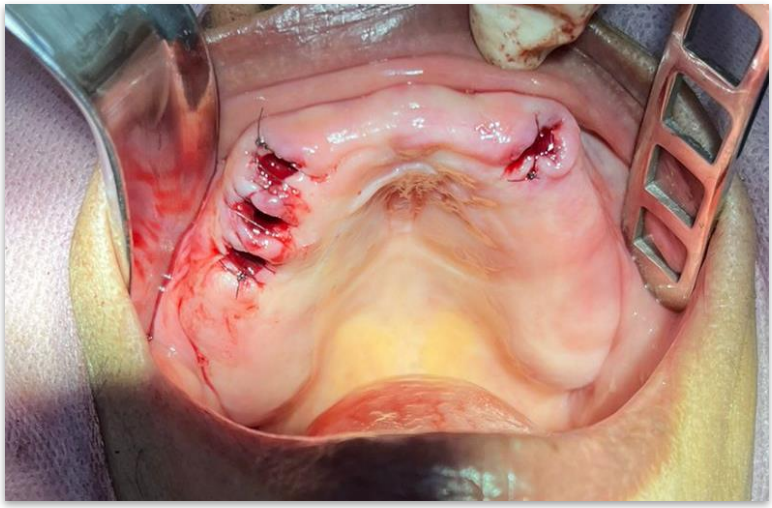
Figura 56 – Situação clínica da arcada superior após exodontias.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023.

Realizamos um pressionamento digital nos alvéolos, avaliamos se não possuía nenhuma espícula óssea, o que dificultaria a adaptação da prótese, com todo o alvéolo limpo e curetado, fizemos uma sutura contínua festonada no lado direito, e no esquerdo um ponto em X simples (Figura 57). A sutura contínua festonada é uma variação da sutura contínua simples, que inclui um ancoramento adicional para aumentar a firmeza da sutura, oferecendo uma grande estabilidade, mesmo se ocorrer rompimento dos pontos. No entanto, sua desvantagem é a necessidade de usar mais material de sutura e a dificuldade de acomodação do fio devido ao tipo de ponto utilizado (Gonçalves et al., 2023).

Figura 57 – Situação clínica da arcada superior após exodontias com suturas.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023.

Finalizada a cirurgia, descemos para a clínica onde estava o professor Sélem para iniciarmos a parte protética. Começamos desgastando as partes muito retentivas da protése e depois passamos para a parte da adaptação, desgastando com a broca M*axicut*, as partes que estavam machucando a paciente. O passo seguinte foi o reembasamento (Figura 58 A, B e C), onde utilizamos a resina *Coe-soft*, uma resina "macia" para melhorar a adaptação e proteger os alvéolos.

Figura 58 A, B e C – Reembasamento da prótese total superior.

(A) resina utilizada no reembasamento; (B e C) protése já reembasada. Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023.

A principal recomendação sobre o uso da prótese total imediata se dá quando a condição dos dentes remanescentes não permitem outra opção reabilitadora que ofereça benefícios estéticos e funcionais. Porém, ele apresenta como desvantagem o uso DE várias sessões clínicas para realizar o reembasamento da prótese, já que a mesma não possui uma adaptação precisa igual A prótese total convencional (Oliveira; Rodrigues; Bressan Corrêa, 2023).

Com a prótese bem adaptada e a paciente satisfeita, terminamos a primeira parte da reabilitação total da paciente, pois posteriormente, seria feita a prótese total imediata da arcada

inferior, e após toda a recuperação e cicatrização da paciente, seria feita a protése total definitiva de ambas as arcadas. A Figura 59 A, B e C mostra a paciente com a prótese superior adaptada.

Figura 59 A, B e C – Paciente com a protése pronta e adaptada.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023

No período seguinte, realizei na paciente a cirurgia de extração dos dentes da arcada inferior, e entrega da protése total imediata inferior, onde passamos pelas mesmas etapas citadas anteriormente, com o diferencial da maior dificuldade de adaptação dessa vez, devido aos vários problemas de instabilidade da prótese mandibular, pois ela se desloca com muita facilidade, o que pode ser decorrente da tensão do músculo mentual; do volume, tensão e mobilidade da língua; do tamanho do rebordo alveolar e do frênulo da língua (Felício; Cunha, 2005). Com esses procedimentos realizados, conseguimos provisoriamente, uma reabilitação total, garantindo a função e estética de acordo com as necessidades e desejo da paciente (Figura 60).

Figura 60 – Paciente com protése imediata superior e inferior.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023.

Em termos gerais, as próteses totais imediatas visam proporcionar ao paciente uma melhoria nas condições sociais, funcionais e estéticas. Esse procedimento clínico é essencial, benéfico e eficiente para pacientes que inevitavelmente perderam todos os dentes naturais (Barbosa et al., 2022)

O próximo passo para a reabilitação total da paciente, foi a confecção da prótese total definitiva superior e inferior, cujo procedimento foi realizado por outra aluna na clínica integrada. Abaixo está a imagem das próteses definitivas já adaptadas.

Figura 61– Paciente com protése definitiva superior e inferior.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2024.

3 AUTOAVALIAÇÃO

3.1 Autoavaliação da aluna Andrêynna Máyra Avelar Nascimento Ribeiro

Hoje, ao olhar para trás e refletir sobre os últimos anos, percebo quão significativa foi esta jornada acadêmica. Foram momentos de aprendizado intelectual, desafios superados e crescimento pessoal que moldaram quem sou hoje.

Cada disciplina, cada projeto, cada debate em sala de aula, não apenas ampliou meu conhecimento, mas também expandiu minhas perspectivas e me aproximou do meu objetivo profissional e pessoal.

Não posso deixar de agradecer aos professores que me guiaram com dedicação e paciência, compartilhando não apenas seu conhecimento, mas também suas experiências e conselhos valiosos. Aos amigos que caminharam ao meu lado, enfrentando as mesmas dificuldades e celebrando as mesmas conquistas, vocês tornaram essa jornada mais leve e memorável.

Hoje não é apenas o fim de uma etapa, mas o começo de uma nova fase cheia de oportunidades. Que eu possa utilizar todo o aprendizado adquirido até aqui, não apenas para o meu crescimento pessoal, mas também para contribuir positivamente com a sociedade e com o mundo ao meu redor.

Agradeço a todos que fizeram parte desta jornada, pois cada um de vocês deixou uma marca indelével em minha trajetória acadêmica. Que eu continue buscando conhecimento, desafiando limites e perseguindo meus sonhos com a mesma paixão e determinação que me trouxeram até aqui.

Que este encerramento seja apenas o começo de uma nova jornada.

3.2 Autoavaliação da aluna Camile Aparecida da Silva

Ao refletir minha trajetória na Odontologia, vejo um período marcado por um intenso crescimento pessoal e profissional. Foi uma jornada enriquecida por conhecimentos teóricos e práticos, e experiências clínicas variadas e muitas histórias compartilhadas. Os erros e acertos ao longo do caminho serviram como lições valiosas e oportunidades de aprendizado contínuo.

Logo no início da graduação veio a pandemia, trazendo um novo desafio: a necessidade de reorganizar a vida novamente. Aulas de forma remota e todos em casa. Porém, para mim, o retorno foi o mais difícil. Um medo extremo e uma ansiedade me dominaram; achei que não

conseguiria lidar com tudo. Foram muitas crises e uma autocobrança exagerada, que me consumiram por um bom tempo.

Todavia, sempre tive muito apoio da minha família e, ter com quem dividir o processo, tornou tudo mais leve. Aquela fase ruim passou. Hoje olho pra ela com carinho e vejo minha fragilidade naquele momento, mas muito feliz em estar mais forte. Vejo que momentos ruins passam e se tornam apenas histórias. Quando tudo voltou ao normal e as clínicas iniciaram, foi uma nova experiência: colocar em prática os conhecimentos adquiridos nos laboratórios em pacientes reais, com suas particularidades, anseios e expectativas.

Cada paciente que tive o prazer de atender nesse período deixou uma marca e contribuiu para a formação da profissional que serei no mercado de trabalho. Alguns exigiram muita paciência no atendimento, outros me ensinaram com sua simplicidade e gratidão, e ver um sorriso ao fim do atendimento faz tudo valer a pena.

A profissão que escolhi exige diversas habilidades, ser artista, um bom comunicador, conhecimentos técnicos e atuar com ética. Os anos de graduação foram enriquecedores, e me sinto pronta para os novos desafios da prática odontológica. A base que recebi, aliada ao desejo de aprendizado e melhoria, me permitirá contribuir de maneira significativa para a saúde bucal e bem-estar dos meus futuros pacientes, firmando um compromisso com a excelência e um trabalho ético.

3.3 Autoavaliação da aluna Kathleen Lopes de Souza Oliveira

Diante dos atendimentos realizados com a paciente, pude observar que é sempre possível ir além. Nossas consultas eram assim: cada dia era uma nova conquista, um novo desejo de "curar" e aliviar suas dores. Quando percebia que, naquela semana, as evoluções eram quase imperceptíveis, eu mantinha a disposição de ir além, de transformar e devolver vida a quem perdeu o brilho por conta da dor.

Encontrar um caso com limitações semelhantes às vividas em família me motivou e me fortaleceu. Aprendi, ao olhar nos olhos da paciente, a murmurar menos e a agradecer mais pela vida. A Odontologia representa, para mim, uma oportunidade de transformar vidas, um sorriso de cada vez. Com as palavras de agradecimento dela, finalizo este trabalho de curso com o coração radiante e a sensação de dever cumprido. Em mensagens, ela dizia: "Obrigada por tudo que você fez por mim; através de suas mãos, consegui cantar, conversar e comer."

Serei eternamente grata por essa capacidade de transformar vidas. Cada sorriso devolvido, cada palavra de gratidão, enche meu coração de alegria e reforça meu propósito

nesta jornada. A Odontologia, para mim, é mais do que uma profissão; é uma missão de amor, esperança e renovação. Ela é capaz de levar sorrisos aonde não há motivos, de despertar confiança e amor por onde passamos. Temos o privilégio de criar e restaurar o sorriso, a curva mais bonita de uma pessoa.

3.4 Autoavaliação da aluna Maria Elisa Carvalho Freire

Em um mundo onde muitos buscam a autopromoção em busca de grandeza, é essencial prestar atenção aos pequenos detalhes. Durante a graduação em Odontologia, damos passos graduais no aprendizado e vivenciamos uma verdadeira montanha-russa de emoções: ora eufóricos com uma nova conquista, ora frustrados por não conseguirmos realizar uma tarefa como desejávamos. Lembre-se de que cada desafio é uma oportunidade de crescimento, e cada passo, por menor que seja, nos aproxima do nosso objetivo.

No entanto, devemos nos orgulhar de cada etapa que superamos, pois, mesmo que não representem nossa ambição final, são sinais de que estamos no caminho certo e que a persistência é a chave para alcançar o sucesso.

A jornada pode ser árdua, mas é nela que encontramos a força para continuar. Sinto-me profundamente orgulhosa do que alcancei, sabendo que dei o meu melhor para ajudar cada paciente que passou pelas minhas mãos durante as clínicas da graduação. A dedicação é a semente que plantamos hoje para colher o sucesso amanhã. Tenho a certeza de que evoluí como pessoa e como futura profissional ao longo desse percurso. Que cada conquista seja o combustível para seguir em frente, com coragem e determinação, na construção de um futuro brilhante.

3.5 Autoavaliação da aluna Morgana Silva Pinheiro

Durante esses cinco anos de estudo e aprofundamento na área da Odontologia, percebi também um crescimento pessoal e a confirmação de que escolhi a profissão certa para a minha vida. Vários casos marcaram minha trajetória, pacientes que se tornaram amigos, e dificuldades que surgiram ao longo do percurso, mas tudo contribuiu para a realização do meu sonho de me formar em Odontologia.

O caso relatado foi de grande importância na minha trajetória acadêmica, pois demonstrou como a saúde bucal pode impactar a autoestima e a saúde geral do paciente, visto que, segundo a Organização Mundial da Saúde, "A saúde bucal é um componente essencial da

saúde geral e do bem-estar." A paciente chegou relatando que não conseguia mastigar devido à dor intensa; a prótese parcial que ela utilizava estava mal adaptada por causa das perdas dentárias, e havia também a questão estética, pois ela sentia vergonha de sorrir.

Durante todo o processo de reabilitação, em cada etapa, a paciente expressava uma enorme gratidão ao ver sua situação melhorar. No dia da cirurgia e da entrega da prótese total imediata superior, que ocorreu poucos dias antes do Dia das Mães, a paciente não parava de sorrir. Ela comentou que aquele foi o presente do Dia das Mães, permitindo-lhe passar o feriado com seus filhos, e sorrindo. Sua alegria e agradecimento foram momentos que me fizeram acreditar que posso sim, ajudar a melhorar a qualidade de vida das pessoas através da minha profissão.

Acredito que minha trajetória na Odontologia está apenas começando e vejo um futuro promissor, repleto de oportunidades para me tornar uma profissional exemplar. Estou entusiasmada com as possibilidades de aprofundar meu conhecimento e aprimorar minhas habilidades, buscando sempre atender com excelência As necessidades e expectativas dos pacientes.

4 CONCLUSÃO

Concluímos nossa graduação com a certeza de que essa jornada nos proporcionou um vasto conhecimento teórico e prático, além de refinar e expandir nossa visão sobre a Odontologia. Ao longo dessa formação, capacitamo-nos a atender nossos pacientes de forma ética e humanizada, tratando-os sempre com respeito, carinho e compreensão. Compreendemos que a Odontologia vai além do cuidado com os dentes; é uma prática integral que visa o bem-estar físico e psicológico dos pacientes.

Agora, ao iniciarmos esta nova fase, carregamos as lições e experiências vividas durante o curso, sentindo-nos preparadas para exercer nossa profissão com excelência e contribuir positivamente para a sociedade. Entendemos que a Odontologia não se resume às técnicas, mas também à marca que deixamos na vida dos nossos pacientes. Olhando para nossa trajetória, sentimos um profundo senso de dever cumprido e uma renovada determinação para fazer a diferença.

Nos comprometemos a cultivar o espírito de compaixão, empatia e dedicação que desenvolvemos ao longo dessa jornada, visando sempre proporcionar a melhor qualidade de vida aos nossos pacientes. Agradecemos a todos que nos apoiaram e contribuíram para nosso crescimento e sucesso. Estamos prontas para enfrentar os desafios futuros e ansiosas para deixar nossa marca na Odontologia, confiantes de que nossa trajetória foi enriquecedora e inspiradora.

REFERÊNCIAS

AGNE, J.E. **Eletrotermoterapia.** Teoria e prática. Santa Maria, RS: Orium, 2005.

ALMEIDA, T.N. de. **Principais pastas endodônticas na odontopediatria**: uma revisão de literatura. 2021. 22 p. Artigo (Especialização em Odontopediatria) - Faculdade Sete Lagoas, São Paulo, 2021.

ALMEIDA JÚNIOR, E.; ROSA, F. de P.; CONCEIÇÃO L. S. da. Atendimento odontológico em pacientes com epilepsia e suas intercorrências. **J Business Techn**., v. 16, n. 1, p. 53, 2020.

ANDRADE, E.D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. Porto Alegre: Grupo A, 2014.

ASSIS, W.C.; PEREIRA, J. S.; SILVA, Y. S.; BRITO, F. R.; NUNES, L. A.; RIBEIRO, I.J. S.; CASOTTI, C. A. Factors Associated with Malocclusion in Preschool Children in a Brazilian Small Town. **Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr.**, v. 20, p. e5351, 2020.

BARBOSA, L.F.; SOUSA, T.P.V. de; BARBETTA, L.M.L.; LOBO, L.S.T. Prótese total imediata: relato de caso clinico, **Revistas da Facit**, v. 3, n. 39, 2022.

BARBOZA, Victor Rossetto. Tipos de epilepsia e crises convulsivas**. DR. Victor Rossetto Barboza Neurocirurgia dor e distúrbio do movimento,** 2019. Disponível em: https://victorbarboza.com.br/ti-pos-de-epilepsia-e-crises-convulsivas/. Acesso em: 12. Jun. 2024

BARROS, D.G.M.; SILVA, D.F.B.; GOMES, D.Q. de C. Fenestração apical decorrente de traumatismo dentário em paciente pediátrico: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, v. 10, n. 2, p. 278-281.2020.

BERMAN, L.H.; HARGREAVES, K.M.; ROTSTEIN, I. **Caminhos da Polpa**. GEN, Guanabara Koogan, 2021.

BORGES, V.P.N. et. al. Alveólise em molar decíduo associado à cárie dentária: relato de caso. **Archives of Health Investigation,** v. 12, n. 5, p. 915–922, 2023.

BRAVO, T.L.V; VILLALTA, M.J.T. Revisión bibliográfica del calen/ZO como material obturador en pulpectomías. **RECIAMUC**, v. 4, n. 3, p. 375-388, 2020.

BUCCINI, G.S.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; PAULINO, L.M.; ARAðJO, C.L.; VENANCIO, S.I. Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: systematic review and meta-analysis. **Maternal & Child Nutrition**, v. 13, n. 3, p. 1-23, 2016.

BURZLAFF, J B. Odontologia miofuncional: o caminho da integralidade. In: BATISTA, J.B. 1. ed. Porto Alegre, RS: Ponsi, 2021.

CAMPOSTRINI, E.; KALLÁS, M.S. **Odontogeriatria:** Teoria e Prática sob uma Visão Multidisciplinar. Rio de Janeiro: Thieme Brazil, 2024.

CARUSO, S.; NOTA, A.; DARVIZEH, A.; SEVERINO, M.; GATTO R.; TECCO, S. Poor oral habits and malocclusions after usage of orthodontic pacifiers: an observational study on 3-5 years old children. **BMC Pediatr**. v. 19, n. 294, 2019.

CARVALHO, A.M. **Tratamento endodôntico na odontopediatria:** técnicas de tratamento instrumental e não instrumental. 2023. 16 p. TCC (Bacharelado em Odontologia) - Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos, 2023.

CHANG, B.S.; LOWENSTEIN, D.H. "Epilepsy." **The New England Journal of Medicine**, v. 388, n. 5, p. 432-443, 2023.

CORRÊA, C.C.; BUENO, M. R. S.; LAURIS, J.R. P.; BERRETIN-FELIX, G. Interference of conventional and orthodontic nipples in system stomatognatic: systematic review. **CoDAS,** São Paulo v. 28, n. 2, p. 182-189, 2016.

COSME, K. de O. et al. Prevalência da alveólise em dentes decíduos de pacientes da clínica de odontopediatria da universidade do estado do Amazonas. **Observatório De La Economía Latinoamericana,** v. 21, n. 9, p. 12952–12962, 2023.

EGIERSKA, D.; PERSZKE, M.; KURIANOWICZ, I. Eagle's syndrome. **Pol Merkur Lekarski,** v. 1, n. 6, p. 458-460, Dec. 2021.

FARIAS, A.; COSTA, C.; BRASIL, H.; SANTANA, I.; SILVA, J.; ARAÚJO, K.; SANTOS, L.; NEGREIROS, J. Métodos e agentes hemostáticos para controle de hemorragia em atendimentos de urgência odontológica. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, p. 15. jun. 2020.

FELÍCIO, C.M. de.; CUNHA, C.C. Relações entre condições miofuncionais orais e adaptação de próteses totais. **PCL**, v. 7, n. 36, p. 195-202, 2005.

FERREIRA, V.Y.N et al. EFICÁCIA DO USO DE CORTICOSTEROIDE SISTÊMICO NO TRATAMENTO DO PÊNFIGO VULGAR ORAL. ResearchGate, [S. l.], p. 10-13, 1 nov. 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/310659853_EFICACIA_DO_USO_DE_CORTICOSTEROIDE_SISTEMICO_NO_TRATAMENTO_DO_PENFIGO_VULGAR_ORAL. Acesso em: 12. Jun. 204.

FISHER, R.S. et al. "Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology." **Epilepsia**, v. 58, n. 4, p. 522-530, 2017.

GONÇALVES, W. da C.; FERNANDES S.L.; SANTOS, D. de M.; ALVES, S.D.; CARRIJO, M.O.; GONÇALVES JÚNIOR, U.; SANTANA, T.M. Reabilitação oral com prótese provisória imediata: relato de caso. **Journal of Multidisciplinary Dentistry,** v. 10, n. 1, p. 70–73, 2020.

GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria.** 9 ed. Santos: Guanabara Koogan, 2016.
LIMA, A.C.P. et al. Non-pharmacological behavioral management techniques in pediatric dentistry. **Research, Society and Development,** v. 11, n. 16, p. e209111637644, 2022.

LIMA, A.C.P.et al. Non-pharmacological behavioral management techniques in pediatric dentistry. **Research, Society and Development,** v. 11, n. 16, p. e209111637644, 2022.

LING, H.T.B.; SUM, F.H.K. M.H.; ZHANG, L.; YEUNG, C.P.W.; LI, K.Y.; WONG, H.M.; YANG, Y. The association between nutritive, non-nutritive sucking habits and primary dental occlusion. **BMC Oral Health**, v. 18, n. 145, 2018.

LOPES, G.A. **Protocolo e indicações para tratamento endodôntico em dentes decíduos: pasta CTZ, pasta Guedes-Pinto e pasta iodoformada.** 2022. 16 p. TCC (Bacharelado em Odontologia) - UNIFASIPE, Centro Universitário de Sinop, 2022.

MACEDO, O. S. M; et. al. **O uso do hipoclorito de sódio (NaOCl) como solução irrigadora para o tratamento endodôntico**. Revista Pró-UniverSUS. 2021 Jul./Dez.; 12 (2): 43-47

MAGALHÃES, L.F.; CARVALHO, M.M.de B.; PINTO, E.B. Dental management in patients with chronic renal failure. **J Business Techn.,** v. 16, n. 2, p. 2526-4281, 2020.

MOREIRA, A.K. dos S. et. al. A Importância da Instalação de Mantenedor de Espaço Fixo Não Funcional em Odontopediatria - Revisão de Literatura. **Brazilian Journal of Development,** v. 6, n. 11, p. 91980–91988, 2020.

OLIVEIRA, G.de P.; RODRIGUES, G.V. O., BRESSAN CORRÊA, M. Prótese total imediata: uma possibilidade de reabilitação provisória. **Medicina, Odontologia, Saúde Coletiva,** v. 27, 128. ed. nov. 2023.

ONISHI, A.; STANGE, K.; DORDICK, J.S.; LINHARDT, R.J. Heparin and anticoagulation. **Front Biosci** (edição de referência), v. 1, n. 21, p. 1372-1392, jun. 2016.

PATEL, J.S.; PATEL, K.; VO, H.; JIANNAN, L.; TELLEZ, M.M.; ALBANDAR, J.; WU, H. Enhancing an AI-Empowered Periodontal CDSS and Comparing with Traditional Perio-risk Assessment Tools. **AMIA Annu Symp Proc., v.** 29, p. 846-855, Apr. 2023.

PINEDA, R.; LUONG, A.; RYCKMAN, J.; SMITH, J. Exploratory study found that pacifier use did not affect feeding performancein full-term newborn infants but it was related to lower socioeconomic status. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 107, n. 5, p. 806-810, 2018.

PRIMO, L.G. et al. Protocolo de pulpectomia para dentes decíduos: um guia clínico e prático baseado em evidências científicas. **Revista científica CRO-RJ,** (Online), v. 6, n. 3, p. 38-46, set./dez. 2021.

REIS, J.L.C.; PÊGO, R.S.; PÊGO, M. de M.F. A aplicação da laserterapia na Odontologia: uma revisão de literatura. **Revista do CROMG,** v. 22, n. Supl. 4, 2023.

REGIS, P. F. **Percentuais de sucesso dos tratamentos endodônticos realizados na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. 2019. 44 p. TCC (Graduação em Odontologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

RIBEIRO, L.G.; MARCOLINO, G. de A.; CORRÊA, G. de O. Influência dos materiais de preenchimento na resistência a fratura das resinas compostas utilizadas para selamento do orifício de acesso ao parafuso. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 51, 2022.

ROBBINS, M.R. Dental management of special needs patients who have epilepsy. **Dental Clinics of North America**, v. 53, n. 2, p. 295-309, 2009.

RODRIGUES, A. dos S.; OLIVEIRA, R.T. de; ROCHA, A.P. Manejo odontológico de paciente portador de epilepsia: uma revisão de literatura. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento,** v. 11, n. 13, p. e170111335377, 2022.

ROSALEN, L.M.M. **O uso do laser de baixa potência na Estomatologia:** Série de casos e revisão de literatura. 2022. 66 p. TCC (Curso de Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, 2022.

SILVA, I.M. Relação entre o acúmulo de biofilme dental e o aumento gengival em pacientes com epilepsia". **Journal of Periodontal Research,** v. 58, n. 2, p. 123-134. 2020.

SILVA, L. de O. et al. Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na Odontopediatria. **e-Acadêmica**, v. 3, n. 1, p. e063186, 2022.

SMITH, J.; DOE, J. **The Role of Laser Therapy in Medicine and Dentistry:** A Comprehensive Review. 2023. Disponível em : https://www.academia.edu/51576959/Laser_and_its_Implications_in_Dentistry_A_Review_Article . Acesso em 11 jun. 2024.

SOUZA, A.F. **Resolução estética de Defeito de Desenvolvimento do Esmalte -** Relato de caso. 2024. TCC (Bacharelado em Odontologia) - Universidade Estadual de Campinas, 2024.

SPEZZIA, S. Implicações Odontológicas Oriundas do Acometimento pela Epilepsia. **Revista Ciências e Odontologia,** v. 6, n. 2, p. 38-41, 2022.

TEIXEIRA, L.A. Corticosteroides no tratamento de doenças autoimunes: Mecanismos e aplicações clínicas. **Revista Brasileira de Reumatologia,** v.58, p.15-23, 2018.

TURANO, J.C. **Fundamentos de Prótese Total**. 10. ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2019.

VARÃO, J.M.S. **Uso de disjuntor na dentadura mista para obtenção de espaços.** 2020. 26 p. Artigo Científico (Pós-Graduação em Ortodontia) - Faculdade Sete Lagoas - FACSET, São Luís, 2020.

VARELLIS, M.L.Z. **O Paciente com Necessidades Especiais na Odontologia -** Manual Prático. 3. ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2017.

ZENO, A.P.P.M. **Técnica Endodôntica sem Instrumentação com pasta CTZ e sua Indicação para Dentes Decíduos Necrosados em Saúde Pública**. Tese de Mestrado – Universidade Federal do Rio de Janeiro. 79 p. 2021