



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

**CLARA LIS SILVA OLIVEIRA
GABRIEL SPURI SILVESTRINI
HIAN PRUDÊNCIO MACHADO
MARCOS COELHO COSTA
STHEFAN REIS BOTELHO FONSECA**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

LAVRAS - MG

2021

**CLARA LIS SILVA OLIVEIRA
GABRIEL SPURI SILVESTRINI
HIAN PRUDÊNCIO MACHADO
MARCOS COELHO COSTA
STHEFAN REIS BOTELHO FONSECA**

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. Me. Luiz Fernando Ferreira de Oliveira

LAVRAS – MG

2021

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

P849 Portfólio Acadêmico/ Clara Lis Silva Oliveira... [et al.]. –
Lavras: Unilavras, 2021.

87f.: il.

Portfólio (Graduação em Odontologia) – Unilavras,
Lavras, 2021.

Orientador: Prof^a Luiz Fernando Ferreira de Oliveira.

1. Odontologia. 2. Saúde. I. Silvestrini, Gabriel Spuri.
II. Machado, Hian Prudêncio. III. Costa, Marcos
Coelho. IV. Fonseca, Sthefan Reis Botelho. V. Oliveira,
Luiz Fernando Ferreira de (Orient.). VI. Título.

**CLARA LIS SILVA OLIVEIRA
GABRIEL SPURI SILVESTRINI
HIAN PRUDÊNCIO MACHADO
MARCOS COELHO COSTA
STHEFAN REIS BOTELHO FONSECA**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

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

Aprovado em: ____/____/____

PROFESSORA

Prof. Me. Luiz Fernando Ferreira de Oliveira - UNILAVRAS

MEMBRO DA BANCA

Profa. Dra. Renata de Carvalho Foureaux - UNILAVRAS

LAVRAS – MG

2021

AGRADECIMENTOS

Finalizar grandes etapas nos fazem refletir sobre cada momento vivido, sejam eles bons ou ruins e acima disso, daqueles que ao nosso lado se fizeram presentes em cada um destes momentos. Aqui deixamos os nossos amáveis agradecimentos e a certeza de que serão sempre lembrados com imenso carinho.

Agradecemos a Deus e aos nossos familiares, por nos proporcionarem a oportunidade de vivenciar esse momento único de nossas vidas. Obrigado por serem alicerce espiritual e emocional em nossa trajetória, poder contar com o incentivo de pessoas tão importantes, deixou menos árduo nosso caminhar.

Aos antigos amigos, agradecemos por todo o companheirismo e por desempenharem papel incentivador mesmo à distância. Aos novos amigos, agradecemos por terem se tornado uma família, deixando o trajeto mais leve.

O conhecimento é um bem que não nos pode tirar, por isso agradecemos imensamente aos nossos mestres, por todos os ensinamentos compartilhados.

Com pensamentos no futuro, encerramos essa etapa em busca de grandes conquistas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Radiografia periapical dos elementos 85 e 84.	16
Figura 2 - Radiografia periapical dos elementos 16, 55 e 54.	20
Figura 3 – Paciente resistente ao uso do anestésico tópico.	21
Figura 4 – Radiografia de Odontometria do Elemento 55.....	22
Figura 5- Radiografia de odontometria do Elemento 54.	22
Figura 6 - Radiografia periapical dos elementos 55 e 54 (obturados e selados provisoriamente).	23
Figura 7 - Paciente recebendo anestesia sem resistência e tratamento realizado sem contenção física.	24
Figura 8 - Instalação do expansor maxilar e cimentação do mantenedor de espaço.	25
Figura 9 - Reforço dos cuidados de higiene bucal com a mãe	25
Figura 10 - Fotografias realizadas após a conclusão dos tratamentos.	26
Figura 11 - Aspecto clínico inicial da mucocele oral em mucosa labial inferior.	31
Figura 11 - Lesão séssil, assintomático, nodular, com superfície lisa não apresentando ulceração, com aproximadamente dois centímetros em seu maior diâmetro.	31
Figura 13 - Loja cirúrgica após biopsia excisional da mucocele e das glândulas salivares menores.....	33
Figura 14 - Sutura em ponto simples.....	33
Figura 15 - Resultado do exame histopatológico.	34
Figura 16 - Controle pós-operatório após 12 meses.	35
Figura 17 - Apresentação do Teatro “Circo do Sorriso”	36
Figura 18 - Apresentação do Teatro Circo do Sorriso na Escola CAIC.....	37
Figura 19 - Escovação supervisionada e instrução de higiene oral para as cuidadoras do CMEI Irmã Benigna	37
Figura 20 - Instrução de higiene oral e ensinamentos quanto à higiene e cuidados com prótese total aos cuidadores de idosos do Asilo Lar Augusto Silva.	38
Figura 21 - Visita domiciliar para instrução de higiene oral e distribuição de escova de dente na comunidade do Funil.	38
Figura 22 - Instrução de higiene oral e entrega de folders para moradores da comunidade do Funil.	39
Figura 23 - Marketing do evento.	39
Figura 24 - Roda de conversa no CIAS.....	40
Figura 25 – Radiografia panorâmica inicial	53
Figura 26 – Alveoloplastia com uso do alveolótomo, lima para osso e peça de mão com broca	54
Figura 27 – Radiografia panorâmica no retorno da paciente pós cirurgia.....	56
Figura 28 – Arcadas Superior (A) e Inferior (B).....	56
Figura 29 – Moldagem funcional com moldeira individual.....	57

Figura 30 – Perfil da paciente.....	58
Figura 31 – Prova dos dentes montada em articulador.....	58
Figura 32 – Paciente após instalação das próteses.	59
Figura 33 - Apresentação no Colégio UNILAVRAS.....	62
Figura 34- Escovação supervisionada no CMEI Irmã Benigna	63
Figura 35 - Distribuição de folder na Comunidade do Funil.....	64
Figura 36 - Apresentação do teatro na CAIC em Lavras.	65
Figura 37 – Roleta usada na brincadeira de perguntas e respostas.....	66
Figura 38 - Apresentação do truque de mágica na CAIC em Lavras	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Ocorrência, Diagnóstico e Plano de Tratamento.....	18
Quadro 2- Critérios para o diagnóstico de diabetes segundo a Associação Americana de Diabetes	43
Quadro 3 - Critérios que definem pré-diabéticos segundo a Associação Americana de Diabetes.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS

AGE – Produtos Finais da Glicosilação
CD – Cirurgião Dentista
CIAS – Centro Integrado de Assistência Social
CT – Comprimento de Trabalho
DM – Diabetes Mellitus
DMG – Diabetes Mellitus Gravitacional
DP – Doença Periodontal
HbA1C – Hemoglobina Glicada
I.A. – Isolamento Absoluto
IHO – Instrução de Higiene Oral
IL – Interleucina
LPS - Lipopolissacarídeo
MMPs – Metaloproteinases da Matriz
MO – Mucocele Oral
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPG - Osteoprotegerina
PCR – Proteína C Reativa
PGE2 – Prostaglandina E2
PM – Peça de Mão
PPR – Prótese Parcial Removível
RAGE – Receptores de Produtos Finais da Glicosilação
RANKL – Ligante do Receptor
SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS - Sistema Único de Saúde
TNF – Fator de Necrose Tumoral
TOTG – Teste Oral de Tolerância à Glicose
UFLA - Universidade Federal de Lavras
UNILAVRAS - Centro Universitário de Lavras
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 DESENVOLVIMENTO.....	12
2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Clara Lis Silva Oliveira.....	12
2.1.1 Desenvolvimento da Atividade	15
2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Gabriel Spuri Silvestrini	26
2.2.1 Desenvolvimento da Atividade	28
2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Hian Prudêncio Machado.....	35
2.3.1 Desenvolvimento da Atividade	39
2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Marcos Coelho Costa.....	52
2.4.1 Desenvolvimento da Atividade	52
2.5 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Sthefan Reis Botelho Fonseca	59
2.5.1 Desenvolvimento da Atividade	60
3 AUTOAVALIAÇÃO	70
3.1 Autoavaliação da aluna Clara Lis Silva Oliveira.....	70
3.2 Autoavaliação do aluno Gabriel Spuri Silvestrini	71
3.3 Autoavaliação do aluno Hian Prudêncio Machado	73
3.4 Autoavaliação do aluno Marcos Coelho Costa	74
3.5 Autoavaliação do aluno Sthefan Reis Botelho Fonseca	75
4 CONCLUSÃO.....	77
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	78

1 INTRODUÇÃO

A Odontologia na atualidade é uma união do tratamento preventivo e curativo, sendo assim, além da resolução de problemas já estabelecidos, os cirurgiões dentistas buscam a prevenção, manutenção e promoção de saúde bucal de seus pacientes. Além disso, ao aplicar os princípios da integralidade, conseguimos analisar o paciente como um todo e relacionar sua saúde sistêmica com sua saúde bucal.

A utilização da tecnologia na Odontologia se faz cada vez mais presente o que favorece tanto aos profissionais, quanto aos pacientes; os primeiros através da possibilidade de trabalhar com maior precisão e efetividade e os segundos por poderem usufruir maior conforto e praticidade nos atendimentos.

Não obstante a Odontologia desempenha um importante e vasto papel no âmbito social. Além de reestabelecer sorrisos e autoestima ao paciente, o tratamento odontológico também é capaz de trazer mudanças positivas quanto à relacionamentos pessoais, melhorando as relações amorosas, amigáveis, abrindo portas para oportunidades de emprego, entre outros fatores. O sorriso é uma das expressões que condizem com o sentimento de felicidade, por isso nos sentimos gratos em atuar na correção destes, e assim proporcionar, aos pacientes, a liberdade para sorrir.

A aluna Clara Lis Silva Oliveira descreverá o desenvolvimento do caso clínico realizado na Clínica de Odontopediatria II, onde o paciente se portava de forma negativa devido ao fato de apresentar traumas prévios e ansiedade frente à realização de procedimentos odontológicos.

O aluno Gabriel Spuri Silvestrine apresentou um caso cirúrgico de biópsia que ocorreu na Clínica de Diagnóstico Oral III, no Centro Universitário de Lavras; o mesmo tinha a mucocèle como hipótese de diagnóstico. Este caso clínico contribuiu para consolidar seus conhecimentos ao longo do curso e ressaltar a importância de aprimorar as habilidades para um bom resultado na prática. O prognóstico do caso foi favorável e o paciente apresentou-se satisfeito.

O aluno Hian Prudêncio Machado compartilha uma das vivências ocorridas no projeto de extensão “Amigos do Sorriso”. Sob orientação da Professora Márcia de Fátima Soares, o projeto teve o objetivo de levar às pessoas de todas as faixas etárias noções básicas para manutenção da saúde bucal, além de discutir os mais variados assuntos do ramo da

Odontologia. No portfólio em questão, será descrito a relação da doença periodontal com a diabetes mellitus, que foi tema de uma das atividades proporcionadas pelo projeto.

O aluno Marcos Coelho Costa apresenta um caso clínico abordando a correção de rebordo alveolar após múltiplas exodontias, técnica esta chamada de alveoloplastia. O caso tomou continuidade pelo próprio aluno e foi realizada a confecção de prótese total superior e inferior para a paciente.

O aluno Sthefan Reis Botelho Fonseca, optou por descrever sua experiência com o trabalho proposto pela professora Márcia de Fátima Soares na disciplina de promoção de saúde II, o qual seria roteirizado, planejado, montado e apresentado um teatro voltado para o público infantil para tratar de forma lúdica temas como a higiene oral, prevenção e promoção de saúde. O trabalho se tornou um projeto além da disciplina e parte dessa trajetória será descrito neste portfólio pelo aluno.

Neste portfólio iremos descrever situações que contribuíram positivamente no decorrer da graduação, e que nos proporcionaram, não só aprendizado, mas também crescimento profissional, pessoal e social. Esperamos que através dessa leitura possamos sensibilizá-los da mesma forma que cada uma das vivências descritas nos impactou.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Clara Lis Silva Oliveira

Meu nome é Clara Lis Silva Oliveira, tenho 22 anos e sou natural de Santo Antônio do Amparo, Minas Gerais. Cursar Odontologia é a realização de um grande sonho, promover sorrisos, elevar autoestima, ajudar o outro e proporcionar saúde, faz de mim uma pessoa extremamente realizada. No início da graduação vi que algumas coisas não eram como imaginava, já outras iam além das minhas suposições. Deparei com uma Odontologia vasta de lindas áreas e me encantei de cara por algumas delas. Ainda distante, tive um julgamento equivocado sobre a Odontopediatria. Dizia não “servir” para tal especialidade, porém fui surpreendida positivamente e vi o quanto é poderoso e nobre o trabalho do cirurgião dentista no atendimento infantil.

A Odontologia vai além de lindos procedimentos e técnicas, é necessário compreender o paciente como um todo e não somente avaliar sua condição bucal e propor tratamentos. É indispensável reconhecer os problemas e tratá-los integralmente, mas devemos principalmente evitá-los, através de condutas preventivas que possam remodelar os comportamentos e hábitos dos pacientes.

A Odontopediatria me proporcionou um aprendizado profissional e pessoal engrandecedor. De forma inesperada, me vi cada dia mais deslumbrada com os atendimentos de crianças e adolescentes. A mudança pessoal foi nítida, um lado lúdico inimaginável foi descoberto. Comecei a enxergar que seria capaz de modificar, de alguma forma, a vida de uma criança, o que me motivou ir em busca de mais conhecimento para melhor desempenho no atendimento infantil. Diante de tamanha experiência, não poderia deixar de citar neste portfólio um caso em especial que marcou e contribuiu para o meu desenvolvimento.

Os primeiros atendimentos na Clínica Infantil foram desafiadores e meu receio era visível. Desde o início sabia que para um bom desempenho não precisaria somente diagnosticar e tratar, precisaria ir além, criar um laço de confiança e estabelecer boas relações com o paciente infantil de forma que ele entendesse a importância das idas ao consultório sendo passível as intervenções necessárias.

A Odontologia preventiva na primeira infância ajuda a diminuir os tratamentos traumáticos e mais complexos ao decorrer da vida do paciente e, conseqüentemente, evita recordações negativas do tratamento odontológico (FERREIRA, 2012).

Ainda temos uma Odontologia estereotipada como dolorosa e aterrorizante. Mesmo com toda tecnologia para proporcionar um atendimento confortável, o paciente infantil que chega ao consultório apresentando sintomas dolorosos possui maior dificuldade para lidar com as inseguranças ao tratamento.

Na Odontopediatria, deparamos com pacientes que possuem diferentes comportamentos, cada qual com seus anseios e medos. A forma de atuação do profissional odontopediatra durante o atendimento de crianças, especialmente daquelas que não colaboram com o tratamento, requer um conhecimento específico para saber lidar com as variáveis comportamentais (COUTINHO; COSTA JUNIOR; KANITZ, 2000).

Segundo Bessa e Maciel (2016), o desenvolvimento psicológico infantil consiste em séries de aquisições de informações, habilidades e interesses emocionais, que estão interligados às atitudes e a personalidade da criança. Saber reconhecer o sentimento de cada criança contribui para o sucesso do atendimento. Além de considerar as características individuais, as fases de desenvolvimento em que estas se encontram e as circunstâncias de cada rotina odontológica (COUTINHO; COSTA JUNIOR; KANITZ, 2000).

De acordo com o estudo de Toledo (2012), diante do tratamento odontológico as crianças são classificadas em: ultra disciplinadas, tímidas, mimadas, agressivas ou submissas. Tais comportamentos estão relacionados à criação de cada indivíduo em relação aos pais e responsáveis. Matos, Ferreira e Vieira (2018) afirmam que uma vez que a criança esteja na clínica para tratamento, seu comportamento dependerá não apenas da habilidade e manuseio do dentista e de sua equipe, mas também de uma preparação prévia por parte dos pais.

Um estudo realizado por Klatchoian, Noronha e Toledo (2013) define que o padrão comportamental da criança é influenciado por vários elementos, sendo o ambiente familiar um dos principais colaboradores. Os pais modelam as atitudes de seus filhos, estimulando ou desestimulando conforme a educação que receberam somado aos padrões culturais e socioeconômicos.

“Os comportamentos não colaboradores também são reflexos das condições interiores da criança, tendo como exemplo, o medo, ansiedade, condições fisiológicas e traumas” (BRANDENBURG, 2009, p. 2).

O controle da conduta do paciente é uma metodologia de entendimento com a finalidade de formar uma relação entre o profissional e o paciente, construindo laços de

confiança, conseguindo assim o auto controle da criança, diminuindo o medo e a ansiedade. O odontopediatra deve descobrir o porque da criança ter o comportamento negativo frente ao tratamento odontológico, para depois escolher a melhor técnica para o manejo e controle desse paciente (MATOS; FERREIRA; VIEIRA, 2018).

Consoante com Rocha, Rolim e Moraes (2015), o dentista que tem conhecimento da psicologia infantil e domina técnicas para controle de conduta consegue tornar os pacientes mais cooperativos. Não há uma maneira adequada para lidar com cada criança, mas é necessário que o profissional atue individualmente reconhecendo e agindo conforme a necessidade apresentada.

Pacífico, Facchin e Santos (2017) citaram que de acordo com as variáveis de cada caso, o Odontopediatra deve direcionar o tratamento de acordo com a característica da criança, reconhecendo e apreciando sua evolução, e dentro de suas limitações, sempre impor aquilo que ela é capaz.

A criança, frente a uma situação desconhecida, a qual envolve equipamentos e instrumentos que provocam desconfortos físicos e psicológicos e provocam a sensação de vulnerabilidade geram episódios de medo e ansiedade (ZANON, 2018).

O medo e a ansiedade no atendimento odontológico são frequentemente presenciados. Conforme Sant'anna et al. (2020), crianças mais velhas possuem mais medo e ansiedade, por vivenciarem mais experiências de serviços curativos invasivos e dolorosos que provocam dor.

Cardoso e Loureiro (2005) deixam claro que a criança ao passar por procedimentos invasivos sofre um maior estresse, fazendo com que agrave o mal comportamento futuro.

Sabe-se que a ansiedade envolve processos físicos e psicológicos frente a necessidade de adaptação, relacionado a uma situação importante ou a um evento desconhecido. Entrelaçado a ansiedade, o medo é demonstrado pelo receio de fazer algo por se sentir ameaçado. Ambos sentimentos são naturais e necessários para a existência dos seres humanos. Porém, em níveis elevados podem ser difíceis de serem controlados e acabam sendo prejudiciais, afetando na condição da saúde bucal do paciente que os apresenta.

A ansiedade odontológica interfere diretamente na condição bucal do paciente, trazendo consequências não só para o portador dessa desordem, mas também para as pessoas em sua volta (BARASUOL et al., 2016). Pelo receio, muitas das vezes tem-se prolongamento

da visita ao cirurgião dentista e deixando para buscar o tratamento somente em casos graves de urgência que poderiam ser evitados.

Está cada vez mais evidente a necessidade de medidas de atenção odontológica precoce. O que contribui para a promoção e prevenção da saúde bucal, além de estabelecer hábitos saudáveis que a criança levará para a vida adulta.

O cirurgião dentista que escolhe trabalhar com essa faixa etária, acompanha toda a evolução do paciente, sendo responsável por repassar todas as informações necessárias, tendo um papel importante no seu desenvolvimento, na prevenção e promoção da saúde bucal.

Medidas preventivas bem sucedidas contra doenças bucais envolvem modificações ambientais e desenvolvimento de estratégias que permitam que as pessoas escolham um estilo de vida mais saudável, por meio da criação de recursos que as orientam para uma vida mais ativa e produtiva, resultando em um bom estado de saúde e, conseqüentemente, uma qualidade de vida satisfatória (CASTILHO, 2013, p.121).

O Odontopediatra deve favorecer o desenvolvimento psicológico saudável da criança, além disso, ensinar ao seu paciente os cuidados adequados para a saúde bucal. Esse profissional que conhece seu paciente como um todo, com certeza está qualificado para o exercício da Odontopediatria de uma maneira mais humanizada (BORO, 2016).

O grande desafio desta área é o manejo do comportamento do paciente e ter conhecimento não só técnico, mas também psicológico do desenvolvimento infantil (RAMOS-JORGE; PAIVA, 2003).

O caso clínico foi escolhido para ser relatado não somente por causa dos procedimentos restauradores em si, mas por todo conjunto e principalmente pela mudança visível do comportamento do paciente quando comparado a primeira com a última consulta.

2.1.1 Desenvolvimento da Atividade

Paciente do sexo masculino, 6 anos, leucoderma, compareceu à Clínica Odontológica do Unilavras, na disciplina Clínica Infantil no ano de 2020, acompanhado de sua mãe, à procura de atendimento. Após minha identificação, por já possuir prontuário, dei início a uma nova anamnese para conhecer o perfil do paciente, sua história clínica e colher informações importantes para o atendimento.

No primeiro contato, a criança demonstrou-se extremamente quieta, não respondendo a nenhuma pergunta. Receoso, o paciente permanecia sempre ao lado de sua mãe e a cada

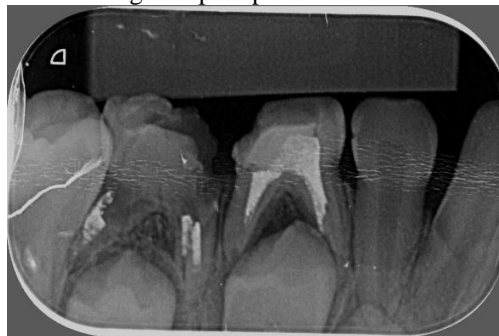
questionamento o mesmo olhava para a responsável no intuito de que ela respondesse a todas as perguntas, atitudes que me fizeram classificá-lo, de acordo com Toledo (2012), como uma criança tímida.

Ao colher informações, a mãe também relatou ser moradora da zona rural e que essa circunstância teria dificultado a procura de atendimento preventivo e que esse seria o motivo para condição de saúde bucal do seu filho. Ciente da situação me informou que a higienização e hábitos saudáveis não eram comuns, mas que estava disposta a mudá-los.

No atendimento realizado em 2019, no item 3.8 da ficha de anamnese anexada no prontuário do paciente, a criança foi considerada pelo aluno, como agressiva ao ser submetida a tratamentos odontológicos e que apresentava grande trauma de anestésias, não permitindo alguns tratamentos. De imediato, a responsável relatou que o paciente teria vivenciado experiências de serviços curativos dolorosos anteriormente e que teriam provocado alguns traumas, justificando o seu comportamento. Informações fundamentais para dar início aos atendimentos na tentativa de reverter a percepção do paciente em relação ao atendimento odontológico passado.

Seu prontuário relata tratamentos de urgências realizados na instituição no ano de 2019. A realização de uma pulpectomia nos elementos 84 e 85 e restauração provisória, como mostra a figura 1, e também exodontia do elemento 74 devido lesão de cárie extensa.

Figura 1- Radiografia periapical dos elementos 85 e 84.



Fonte: Prontuário do paciente. (2020).

O paciente ao chegar para a primeira consulta com uma condição bucal que necessita de tratamentos de urgência, deve ser muito bem analisado para que os procedimentos realizados não provoquem traumas, mas que sirvam como uma experiência positiva para a criança. Tirar a dor através de medicamentos torna-se uma boa opção para que a criança consiga assimilar que ir ao dentista será algo benéfico. Por se tratar de um primeiro contato desagradável, o cirurgião dentista necessita de um maior desempenho para o manejo deste

paciente, não permitindo falhas que possam prejudicar a vivência e causar sentimentos negativos.

O paciente em questão não passou por uma boa experiência, sua condição bucal somada à sintomatologia dolorosa e a suposta falha do cirurgião dentista em estabelecer um manejo adequado foram fatores que provavelmente causaram os traumas.

Para Gama et al. (2017), crianças a partir dos seis anos que apresentam medos exacerbados, possivelmente passaram por uma experiência traumática. A todo o momento o paciente questionava se teria ou não o uso de anestesia comprovando o pavor relatado pela responsável.

Dando sequência a anamnese, a queixa principal apresentada, foi dor exacerbada nos dentes posteriores. Juntamente a este relato e as informações descritas no prontuário, a mãe reafirmou que o filho não possuía bons hábitos de higiene bucal, a higienização era realizada somente uma vez no dia e que ele não permitia o uso do fio dental. No decorrer da anamnese, foi constatado que o paciente possuía bom histórico de saúde geral, não possuía alergias, não fazia uso de medicamentos e estava dentro do padrão de desenvolvimento de acordo com a sua idade.

Após a anamnese, foi realizado o exame extraoral para avaliação de cabeça e pescoço, gânglios linfáticos, articulação temporomandibular e também análise de assimetrias faciais e dos olhos, não constatando alterações.

Ao iniciar o exame clínico intraoral, foi analisado os tecidos moles, bridas e freios. Constatando inserção baixa do freio labial superior, tendo como indicação aguardar a erupção completa dos incisivos superiores permanentes para realização da frenectomia.

Na avaliação ortodôntica, o paciente foi considerado padrão I morfogenético e classe III na relação sagital dos primeiros molares permanentes seguindo a classificação de Angle e com tendência a mordida aberta anterior. O caso foi avaliado com o professor José Norberto Junior e indicado a realização de uma reavaliação após a erupção dos incisivos permanentes.

O paciente apresentava resistente ao exame clínico, por isso optamos por concluir na próxima sessão. O tempo restante foi utilizado para uma criação de vínculo, e saber os interesses da criança, o que ela gosta de fazer, as brincadeiras, desenhos favoritos e encontrar assuntos que estimulem o interesse e melhore a comunicação dentista/paciente para as próximas consultas.

Foi solicitado que a responsável pelo paciente, levasse uma ficha de controle da dieta para casa e registrasse durante três dias toda a alimentação e o horário que a criança consumia. De acordo com Ferreira et al. (2012), a realização do diário alimentar tem como

objetivo recolher informações sobre todos os alimentos que a criança ingere e a partir destas informações o CD consegue orientar de forma que a dieta esteja menos cariogênica possível, além de enfatizar uma dieta balanceada para uma boa saúde geral e bucal.

Já, na segunda sessão, utilizando de meios como as técnicas citadas por Albuquerque et al. (2010), “falar, mostrar e fazer”, reforço positivo, controle de voz e distração foram empregadas no intuito de minimizar o medo e o anseio do paciente.

Ainda receosa, a criança permitiu a continuação do exame clínico dental e também a realização de radiografias para uma avaliação adequada. A detecção de cáries proximais pode ser particularmente difícil de ser identificada ao exame clínico convencional. Desta forma, considerando que a prevalência de cáries proximais em dentes decíduos e permanentes jovens ainda é alta, o diagnóstico precoce torna-se de suma importância. Uma vez que a lesão proximal é de difícil detecção, indica-se tomadas radiográficas proximais chamadas de “Bite wing” (SILVA et al., 2013).

Durante o exame clínico dental foi realizado a ocorrência e diagnóstico de cada elemento dentário e estabelecido o plano de tratamento individual. A condição bucal do paciente em 19/02/2020 era desfavorável, como mostra no quadro 1.

Quadro 1- Ocorrência, Diagnóstico e Plano de Tratamento.

Dente	Ocorrência e diagnóstico.	Plano de tratamento.
16	Fossas profundas.	Realização de selante.
55	LCACC disto oclusal	Realização de pulpectomia e Rest. RC cl II OD.
54	LCACC disto oclusal	Realização de pulpectomia e Rest. RC cl II OD.
53	LCASC na cervical vestibular	Tratamento remineralizante
52	LCASC na cervical vestibular	Tratamento remineralizante
51	LCASC na cervical vestibular	Tratamento remineralizante
61	LCASC na cervical vestibular	Tratamento remineralizante
62	LCASC na cervical vestibular	Tratamento remineralizante
63	LCASC na cervical vestibular	Tratamento remineralizante
64	Restauração RC.classe II DO, insatisfatória	Restauração R.C classe II DO
65	LCACC na mesial	Restauração R.C classe II M
26	Sulcos profundos	Realização de selante
36	Sulcos profundos	Realização de selante
75	LCACC na cervical vestibular	Restauração R.C classe V
74	Dente ausente devido a cárie extensa	Mantenedor de espaço
73	LCASC na cervical vestibular	Tratamento remineralizante
32	Hígido	-
31	Hígido	-

41	Hígido	-
42	Hígido	-
83	LCASC na cervical vestibular	Tratamento remineralizante
84	Tratamento endodôntico e Rest. insatisfatória OD	Restauração R.C classe II OD e preservação.
85	Tratamento endodôntico com rest. Próvisória	Restauração R.C classe IIOM e preservação.
46	Sulcos profundos	Realização de selante

Onde: *Rest. RC (restauração em resina composta) *LCACC (lesão de cárie ativa com cavitação) *LCASC (lesão de cárie ativa sem cavitação) *O (oclusal) *D (distal) *M (mesial) *Cl (classe).

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Apresentando diversas lesões de cárie, a situação do paciente foi considerada como grave, além de um alto índice de biofilme que salienta o alto risco de lesão cariiosa. Por estar na dentição mista, possuindo os primeiros molares e incisivos inferiores permanentes, torna o caso ainda mais preocupante. A mudança do hábito deste paciente é de extrema urgência para evitar outras perdas dentárias precoces.

O paciente possuía um comportamento não colaborador e uma higiene bucal desfavorável. Embora necessitasse de tratamentos de urgência, para introduzi-lo gradualmente ao ambiente odontológico, na tentativa de diminuir o medo e trauma exacerbado, foi realizado a escovação supervisionada seguido de instrução de higiene oral de forma lúdica e atrativa.

Houve dificuldade para a realização da profilaxia, além do trauma de anestesia o paciente apresentava resistência em abrir a boca ao ouvir o barulho do contra-ângulo que foi utilizado com a escova de Robison com pedra pomes para a remoção do biofilme espesso. Devido ao comportamento negativo e ao trauma vivenciado anteriormente pelo paciente, foi utilizado a técnica “falar, mostrar e fazer” para que a criança visualizasse e acompanhasse o procedimento e se familiarizasse com os elementos do consultório permitindo o controle da sua resposta.

Durante as consultas anteriores a criança foi sendo preparada para que pudesse estar mais calma durante os procedimentos mais invasivos. Foi solicitado que mãe conversasse com a criança sobre a importância de cuidar dos dentes e o preparasse em casa, fazendo reforço positivo para induzir um melhor comportamento nas próximas sessões.

Embora necessitasse de mais tempo para adaptação completa do paciente, o mesmo necessitava da realização dos tratamentos de urgência, pois os mesmos poderiam ser agravados e estava previsto a paralisação devido ao COVID-19.

Baseando na sequência de tratamento de Guedes-Pinto et al. (2016) foi elaborado um plano de tratamento, separado por fases, conforme a necessidade do paciente. Tendo como

prioridade os atendimentos de urgência, seguido de uma adequação da saúde bucal, reabilitação e, por fim, um plano preventivo individual.

Segundo Guedes-Pinto et al. (2016), a primeira fase consiste na avaliação pré-operatória e cuidados de urgência, que tem como finalidade obter as condições bucais do paciente para que se torne possível o início da realização de um programa preventivo individual, assim como o controle da dor.

Neste caso, foi definido como necessidade de tratamento de urgência os elementos 54 e 53 que possuíam lesões de cáries ativas com cavitações atingindo a câmara pulpar como mostra a Figura 2, que foram programadas para serem realizadas na sessão seguinte.

Figura 2 - Radiografia periapical dos elementos 16, 55 e 54.



Fonte: Prontuário do paciente. (2020).

Por apresentar condições pulpares semelhantes fui orientada pelo professor Ricardo Augusto Barbosa, que a intervenção fosse realizada nos dois elementos 85 e 84, sendo assim otimizaria tempo e teria um aproveitamento do procedimento, já que a área estaria anestesiada e com isolamento absoluto (I.A).

O procedimento de pulpectomia foi realizado seguindo o plano de tratamento preconizado pela disciplina de Odontopediatria. A primeira etapa é a realização da anestésia supraperiosteal, anestesiando dente, periosteio e tecido mole por face vestibular e palatina utilizando a substância de lidocaína com epinefrina 2%.

Como mostra na Figura 3, o paciente assimilou o uso do anestésico tópico que antecede a anestesia local. Com resposta negativa, fechava a boca não permitindo sua ação. Para a realização da primeira anestesia após o trauma sofrido foi necessário um manejo adequado e muito diálogo.

Figura 3 – Paciente resistente ao uso do anestésico tópico.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2020).

Os anestésicos tópicos são eficazes para reduzir a sensação dolorosa na superfície da mucosa quando se faz a penetração da agulha. É indicado secar a mucosa e aplicar o anestésico tópico por 2 a 3 minutos (CAMPOS et. al., 2010).

Na tentativa de tirar a sensibilidade do paciente em relação aos traumas de instrumentos odontológicos, foi realizado a dessensibilização, segundo Klatchoian, Noronha e Toledo (2013), esta técnica consiste em um relaxamento muscular do paciente, seguido de respirações e expirações profundas, expondo-o gradualmente aos estímulos que lhe causam medo e ansiedade, trabalhando-os do menos para o mais agressivo. A dessensibilização juntamente com utilização da técnica “falar, mostrar e fazer” resultaram em efeitos positivos para o manejo e realização do tratamento deste paciente.

Foi necessário uma contenção física para a realização da anestesia local. Como é preconizado pela instituição, a responsável deve se deitar sobre a criança para que ela permaneça estática para a realização do procedimento. Rocha, Rolim e Moraes (2015) sugerem que todos os métodos de imobilização devem ser planejados para não causar dano físico e desconforto a criança e mesmo com a contenção o profissional deve continuar utilizando técnicas para manter a comunicação.

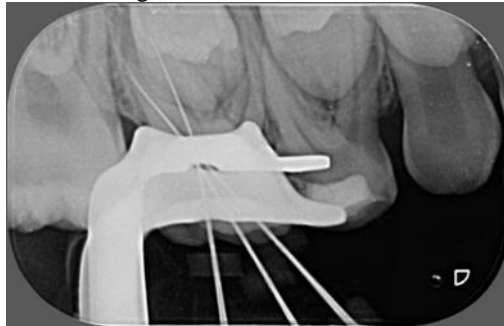
Com a ação do anestésico tópico teve a redução da sintomatologia dolorosa causada durante a introdução da agulha, permitindo que o paciente não sentisse dor e acalmasse para que a intervenção necessária pudesse ser feita.

Na maioria dos tratamentos odontopediátricos, a anestesia é o momento de mais estresse (GAMA et al., 2017). O paciente em questão possuía considerável temor a esse

procedimento, dessa maneira era de suma importância que a anestesia fosse realizada de forma efetiva de modo a evitar a repetição do ato. Assim, o estresse ficaria restrito ao início da sessão não atrapalhando a continuidade do atendimento,

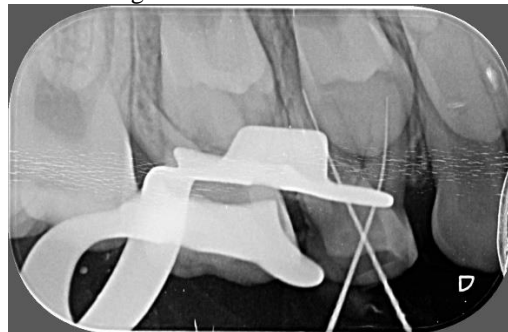
Posteriormente, foi realizado o I.A (isolamento absoluto) envolvendo os elementos 55 e 54. Foi removido todo o tecido cariado e abertura da câmara pulpar extirpando toda polpa coronária dos dois elementos e irrigado com a solução de Milton (hipoclorito de sódio 1%) juntamente com soro fisiológico. Após identificado os canais e com a radiografia de odontometria como mostra nas Figura 4 e 5, foi determinado o C.T (comprimento de trabalho) de cada canal .

Figura 4 – Radiografia de Odontometria do Elemento 55



Fonte: Prontuário do paciente. (2020).

Figura 5- Radiografia de odontometria do Elemento 54.



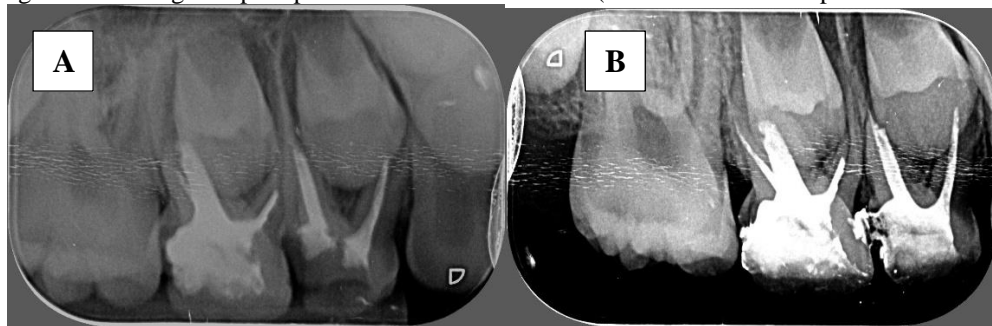
Fonte: Prontuário do paciente. (2020).

Para o sucesso da terapia endodôntica é necessário uma boa limpeza dos canais radiculares através de um preparo químico-mecânico, utilizando instrumentos endodônticos e soluções químicas auxiliares (LOPES et al., 2014). Iniciamos a instrumentação utilizando limas do tipo Keer no CT de 12mm em todos os canais, realizando concomitantemente a irrigação com a solução de Milton, até a limpeza e modelagem completa. Com os canais amplos e preparados foi realizado a medicação intra-canal utilizando a pasta obturadora de Óxido de Zinco e Eugenol iodofórmizada. Esta pasta foi escolhida por ser considerado um

material de fácil inserção no canal e reconhecido por promover neoformação óssea. (AZEVEDO; BARCELOS; GUIMARÃES PRIMO, 2009).

De acordo com Kramer, Faraco Junior e Feldens (2000), este material corresponde ao segundo mais utilizado nas instituições de ensino odontológico, tendo uma taxa de êxito clínico entre 68,7% a 86,1% . Após o preenchimento completo foi realizado o selamento provisório dos dois elementos, utilizando ionômero de vidro (Meron r) e em seguida uma radiografia para controle como mostra na Figura 6 A e B.

Figura 6 - Radiografia periapical dos elementos 55 e 54 (obturados e selados provisoriamente).



Fonte: Prontuário do paciente. (2020).

A preservação do tratamento endodôntico é muito importante para o controle e sucesso do caso, sendo indicado pelo professor Ricardo Augusto Barbosa a realização de radiografias de 3 em 3 meses para o acompanhamento dos dois elementos até completa esfoliação.

Após a realização dos tratamentos de urgência, o paciente encontrava-se apto a receber intervenções que modificassem os seus hábitos de higiene bucal. Portanto, baseado em Guedes-Pinto et al. (2016), deu-se início a segunda fase , que consiste em estabelecer um Programa preventivo individual, baseado na avaliação da escovação da criança, instrução de higiene oral (IHO), orientação sobre dietas não cariogênicas avaliando a ficha preenchida pela mãe, seguido de uma profilaxia e aplicação tópica de flúor com objetivo de uma inativação das lesões cariosas.

A segunda fase foi especialmente a que mais permitiu a criação de vínculo com o paciente. Apartir desta, a criança percebeu que ir ao dentista pode ser leve e atrativo. Diferente das primeiras sessões, tornou-se susceptível às intervenções para melhorar os hábitos de higiene bucal. Sessões lúdicas, ida ao escovodromo, uso de escova de dente com desenho estampado e técnicas de manejo favoreceram esse processo. Neste momento, foi aproveitado para conscientizar ainda mais a responsável pela criança de todos os cuidados

necessários. Devido a pandemia do COVID-19 está foi a última intervenção realizada no paciente até o próximo semestre.

Com o retorno das clínicas, devido a história clínica passada do paciente, a primeira consulta de retorno foi separada somente para uma reavaliação e conversa, sendo o menos invasiva possível, para que o caso não regridisse em relação ao medo e trauma que já vinham sendo tratados. Ao reavaliar a saúde bucal do paciente, obtvemos uma melhora clínica em relação a quantidade de biofilme expesso e também o relato de que as higienizações estavam sendo feitas pelo menos três vezes ao dia.

Já, na sessão seguinte, entramos na terceira fase, onde tem-se a realização de procedimentos restauradores. Nesta etapa, foi restaurado definitivamente os elementos 16, 55, 54, 64, 84 e 85 que foram divididos por quadrantes e distribuídos em três sessões. Toda as restaurações foram realizadas seguindo o protocolo restaurador, iniciando pela anestésia, I.A, consicionamento com ácido fosfórico 37%, aplicação do adesivo Single Bond (2 passos) 3Mr* e reconstrução coronária com resina Filtek Z 250 XT cor B1 da 3Mr*. Nas cavidades profundas foi utilizado também as resinas Bulk fill Flow e Bulk fill Westorative da 3Mr*.

Na realização das anestésias o paciente ainda sentia-se inseguro, porém compreendeu a necessidade do uso do anestésico tópico e a importância da realização da anestesia, sendo a cada sessão mais compreensivo mudando totalmente o comportamento. O uso das técnicas “falar, mostrar e fazer” seguido de reforços positivos foram feitos em todas as sessões e comprovadamente eficazes neste caso, como mostra a Figura 7 A e B.

Figura 7 - Paciente recebendo anestesia sem resistência e tratamento realizado sem contenção física.

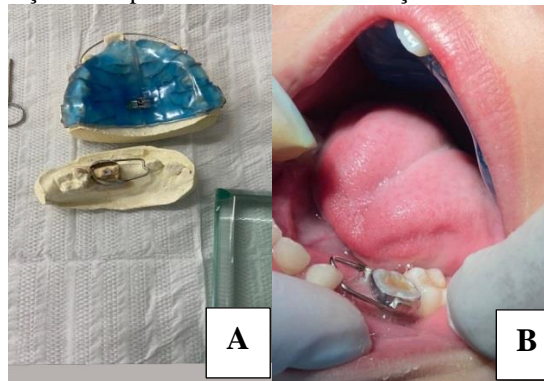


Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Após todas as restaurações definitivas, a necessidade principal foi a aplicação de selante ionomérico (Ketac r*) nos elementos 26, 36 e 46. Já, nos elementos permanentes, possuindo um alto risco de cárie e ainda no estágio de mudança de hábito, optamos por selar os primeiros molares permanentes, excluindo o elemento 16 que já estava restaurado.

Ao concluir a terceira fase, foi realizado um novo exame ortodôntico, tendo um diagnóstico de Padrão I e classe I de Angle, tendo a necessidade somente de uma expansão maxilar devido à uma pequena mordida cruzada posterior. Juntamente com a moldagem superior para confecção do aparelho realizamos também a moldagem parcial inferior do lado esquerdo para a produção do mantenedor de espaço que foram instalados juntos na sessão seguinte como mostra a Figura 8 A e B.

Figura 8 - Instalação do expansor maxilar e cimentação do mantenedor de espaço.



Fonte: Arquivo pessoal da autora. (2021).

Na quarta fase, após a realização de todos os procedimentos restauradores cria-se um programa de longa duração, que deve ser estabelecido a fim de obter uma preservação com retornos periódicos para interceptar possíveis alterações que possam surgir, seguido de reforços sobre a instrução de higiene oral e controle da dieta não cariogênica como prevenção (Figura 9).

Figura 9 - Reforço dos cuidados de higiene bucal com a mãe .



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

No final do tratamento foi avaliado o relatório de retorno do paciente, o qual fornecia informações contendo alterações anamnésicas e clínicas, assim como a descrição da mudança do comportamento e estágios da dessensibilização no decorrer destes meses de atendimento.

O progresso apresentado pelo paciente durante as consultas foi evidente. De forma gradual, seguindo etapa por etapa e com a realização de técnicas para o manejo, conseguimos a superação de medos e traumas e um controle da ansiedade frente ao tratamento odontológico (Figura 10 A e B). Resultados positivos que surgiram efeito também na condição bucal do paciente, que atualmente se encontra com hábitos mais saudáveis e com inativação das lesões de cárie.

Figura 10 - Fotografias realizadas após a conclusão dos tratamentos.



Fonte: Arquivo pessoal da autora. (2021).

A forma como a Odontologia modificou a vida deste paciente comprova o quanto é nobre o trabalho do cirurgião dentista no atendimento infantil. Sendo peça fundamental tanto para promoção de saúde quanto para tratamentos integrados, a fim de estabelecer uma boa condição de saúde bucal e principalmente a mudança de comportamento do paciente, conscientizando a criança e também seus responsáveis.

2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Gabriel Spuri Silvestrini

Meu nome é Gabriel Spuri Silvestrini, tenho 22 anos e moro em Nepomuceno, Minas Gerais. Na infância, fui uma criança bastante ativa e observadora, queria sempre saber de tudo

ao meu redor, ao mesmo tempo fiquei um pouco frustrado nesse caminho. Vim de uma família que morou na zona rural, onde passei minha infância quase inteira. Nesse período, desde pequeno enxergava como a vida era cruel com quem não batalhava. Meu sonho naquela época era me tornar um agrônomo, que futuramente iria contribuir bastante para o conforto do meu pai, e nada tirava isso da minha mente.

O tempo passou, e no ensino médio me tornei um adolescente bastante competitivo e ambicioso. Minha família sempre acompanhava meu crescimento e reforçavam que meus estudos nunca seriam uma perda de tempo, e sim um investimento. Eu gostava de todas as matérias, sempre me acrescentavam algo, mas no meio desse caminho de batalhas, criei uma afinidade com a biologia, em que passei me dedicar mais.

No terceiro ano do ensino médio estava bastante confuso e com medo. Até que uma professora me disse: Você é calmo e muito observador, já pensou em ser dentista? Fui para casa e comecei pensar sobre o questionamento. Lembro-me que dias após, assisti a um vídeo nas redes sociais, que mostrava uma reabilitação em uma idosa. O vídeo em si foi bastante emocionante, e conseqüentemente, me deixou bastante entusiasmado.

Nasci em Lavras - MG, mas atualmente moro em Nepomuceno – MG, duas cidades que são próximas e que para mim, o acesso era favorável. Digamos que facilitou muito para minha escolha de prestar o vestibular em Odontologia no Unilavras, visto que já tinha investigado toda sua estrutura. Fiquei surpreso que meus pais apoiaram e gostaram muito da minha escolha.

Em 2017, era o início de um novo sonho. Nos primeiros semestres, meu lugar preferido era a biblioteca. Passava horas naquele lugar, e sempre que rodava aquela catraca para ir embora, eu olhava para trás e percebia o quanto aquele tempo que fiquei ali foi produtivo e enriquecedor.

No quarto período, conheci um ex-professor, chamado Ronaldo de Carvalho, que me fez apaixonar pela cirurgia. O que me surpreendia, era como ele tornava as coisas simples. Fiz estágio com ele por dois anos, foram muitas cirurgias que me deixavam encantado, e que com certeza contribuíram bastante no meu aprendizado. Sou eternamente grato por todas as oportunidades dadas por ele, e que nunca me esquecerei.

De modo geral, minha vivência clínica na faculdade foi enriquecedora. Foram inúmeros erros, que para mim nunca considerei como erros, e sim aprendizado que levarei para vida toda.

2.2.1 Desenvolvimento da Atividade

O caso clínico foi realizado no Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS, na disciplina de Diagnóstico Oral III, sob a supervisão da professora Natália Galvão Garcia. Esse tratamento foi realizado ao fim do 5º período, sendo uma grande oportunidade de aprendizado, o que contribuiu para o aprimoramento de meus conhecimentos e habilidades cirúrgicas. Meu grande objetivo foi atender a necessidade do paciente, promovendo saúde e ao mesmo devolvendo sua autoestima, além de proporcionar satisfação com o resultado e minha realização como profissional da saúde.

Paciente de 25 anos, leucoderma, gênero masculino, procurou a clínica do UNILAVRAS bastante preocupado, se queixando sobre um inchaço na região esquerda do lábio inferior. Mencionou ter passado por dois dentistas para solucionar o problema, não obtendo êxito no tratamento. Durante a anamnese, o paciente relatou não fazer uso de nenhum medicamento, e não apresentava alteração sistêmica, além disso, fazia uso contínuo de cigarro de papel. No decorrer da conversa, o paciente relatou ser muito ansioso, e que tinha o frequente hábito de morder os lábios, tal hábito aumentava quando ingeria bebida alcoólica. O inchaço apresentava-se indolor e nenhum histórico médico como febre ou mal-estar estavam presentes.

De acordo com Brandão et al. (2018, p.83),

Uma anamnese bem elaborada pode ser a chave para a formação de um diagnóstico correto baseado na queixa ou doença do paciente, já, o exame físico pode estar associado na prevenção de qualquer eventualidade, pois por meio dele é possível obter informações sobre os sinais vitais do paciente (BRANDÃO et al., 2018, p.83).

Durante o exame intra e extraoral, é muito importante sabermos a morfologia das estruturas a serem analisadas. O desafio é estar atento para reconhecer as possíveis variações que fogem do padrão de normalidade e não focar somente na lesão, devemos analisar a cavidade oral por completo, assim colhemos o máximo de informações para encontrar o fator etiopatogênico da lesão.

Em seguida, iluminamos e secamos a lesão para realizarmos as manobras de semiotécnica. Durante a inspeção, observamos um aumento de volume considerável, de aparência cística, com coloração azulada e tom translúcido. A patologia se apresentava macia à palpação. O exame clínico é dividido em intraoral e extraoral, sendo “importante fazer o reconhecimento dos sintomas e sinais encontrados no complexo bucomaxilo-facial, obtendo em conjunto informações sobre a saúde geral do paciente” (AMORIM et al., 2016, p.33).

Posteriormente ao exame clínico completo e a anamnese detalhada, com base no histórico de trauma e características clínicas encontradas, chegamos ao diagnóstico de uma mucocèle oral (MO). “Mucocèles são lesões pseudocísticas benignas comuns da cavidade oral, que se desenvolvem devido ao extravasamento ou retenção do material mucoso, especificadamente das glândulas salivares, mais comum nas glândulas menores” (BEZERRA et al., 2016, p.537).

Como descrito, o principal fator etiológico do caso em questão é o trauma excessivo e repetitivo na região acometida, visto que haverá uma compressão dos ductos salivares menores, ocasionando uma inflamação naquela região. A principal conduta a se tomar sobre esses tipos de casos é orientar o paciente a abandonar o hábito de morder o lábio novamente.

Como lembra Ata-Ali et al. (2010, p.19),

As mucocèles recebem duas classificações: de retenção e de extravasamento. Mucocèle de retenção normalmente está localizada na mucosa jugal ou no palato, revestida de epitélio, sem ocorrer extravasamento de muco, ocorrem com menos frequência. Já, mucocèle de extravasamento, é resultante de um ducto salivar traumatizado, que pode também sofrer retenção de muco salivar devido ao bloqueio do ducto salivar menor, mais comum em lábio inferior (ATA-ALI et al., 2010, p.19).

Para Bezerra et al. (2016) permitir compreender o quanto é comum a prevalência sobre uma patologia é muito importante para tratar e diagnosticar a lesão a frente. Durante 43 anos foram observados 719 casos de FEM (54,7% homens e 45,3% mulheres), sendo o lábio inferior (n= 484; 67,3%) o local de principal acometimento. A média de idade dos pacientes foi de 20,8 anos (DP \pm 14,4), com pico de ocorrência na segunda década de vida. A maioria dos pacientes teve mucocèle oral/rânula (n=606; 84,3%) como primeira hipótese clínica (BEZERRA et al., 2016, p.537).

Para um prognóstico favorável para a conduta frente a lesão, devemos relacionar a lesão com outros tipos de patologias, visto que MO é semelhante a outras lesões neoplásicas da cavidade bucal.

Em concordância com Cruz et al. (2011, p.126),

Os hemangiomas devem ser distinguidos das mucocelos, das manchas vasculares, das malformações vasculares e de outros tumores da infância. Diante disso, o diagnóstico pode ser realizado de forma segura, por manobras semiotécnicas como a vitropressão, que são conclusivas na maioria dos casos (CRUZ et al., 2011, p.126).

Após de ter feito toda anamnese e exame clínico, o paciente foi encaminhado para a clínica de diagnóstico oral III, a fim de realizar o tratamento adequado da lesão, com finalidade diagnóstica e terapêutica. As abordagens terapêuticas para “tratamento de mucocele oral, incluem, laserterapia, excisão cirúrgica, crioterapia, injeção de esteroides e micro-marsupialização, apresentando diagnóstico favorável após exérese da lesão, com possibilidade a recorrência” (CHOI et al., 2019, p.232).

O diálogo entre o profissional da saúde e o paciente é base para qualquer tipo de tratamento, principalmente para aqueles que não tiveram experiências agradáveis com um Cirurgião Dentista (CD). Durante nossa conversa, percebi o nervosismo e o quão aflito estava o paciente, assim dizendo, devemos ser éticos e respeitar as emoções do paciente, tendo como obrigação acalmá-lo e conduzi-lo para o tratamento confiante e tranquilo. Posso dizer que essa situação foi bastante enriquecedora, levei como aprendizado que não devemos apenas focar na parte técnica, mas também considerar o fato de que estamos lidando com um ser humano e a partir daí, agir como tal. “Muitos pacientes apresentam medos, traumas, ansiedade e expectativas, e o profissional deve estar habilitado a lidar com esses temores, adequando os procedimentos ao perfil de cada indivíduo” (MOTA; FARIA; SANTOS, 2016, p.152). As Figuras 11 e 12 apresentam o aspecto inicial da mucocele na mucosa labial inferior.

Figura 11 - Aspecto clínico inicial da mucocele oral em mucosa labial inferior.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2019).

Figura 11 - Lesão séssil, assintomático, nodular, com superfície lisa não apresentando ulceração, com aproximadamente dois centímetros em seu maior diâmetro.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2019)

O aparecimento de mucocele na população é bastante alta. Esse tipo de patologia pode surgir em diferentes localizações do complexo bucomaxilo-facial. Com isso, estudos epidemiológicos são bastante consideráveis para auxiliar o cirurgião dentista (CD) a criar hipóteses diagnósticas e preparar dados sobre a prevalência.

Bezerra et al. (2016, p. 538) avaliaram 719 casos de mucoceles e verificaram que o lábio inferior foi a região anatômica mais acometida, representando 67,3% dos casos. A prevalência da lesão ocorreu em pacientes leucodermas (48,8%), e no gênero feminino (54,7% dos casos).

2.2.1.1 Descrição do ato cirúrgico

Na montagem da mesa cirúrgica, devemos selecionar instrumentais e materiais próprios para facilitar a realização da biópsia. Nesse presente caso, utilizamos seringa Carpule, agulha odontológica, tubetes anestésicos, cabo de bisturi, lâmina de bisturi, pinça de tecido de Adson, tesoura Metzenbaum, pinça hemostática curva, afastador de Minnesota, pinça porta agulha, fio de sutura, ponta para aspiração, cubeta para armazenamento de soro fisiológico, pacote de gaze e um pote contendo formol 10%. Todos esses instrumentais devem estar esterilizados, a fim de evitar contaminação durante o ato cirúrgico.

Inicialmente, foi realizado antissepsia intraoral com clorexidina 0,12% e extraoral com clorexidina 2%. O procedimento cirúrgico foi realizado sob anestesia local por meio do bloqueio unilateral do nervo mentoniano. Como o paciente não apresentava nenhuma alteração sistêmica, o anestésico escolhido foi Cloridrato de Lidocaína a 2% associado a Epinefrina 1:100.000. A lidocaína 2% combinada com epinefrina 1:100:000 oferece maior duração, aproximadamente 60 minutos em anestésias pulpares e cerca de três a cinco horas em tecidos moles (COELHO et al, 2021, p.3).

Seguidamente, antes de realizar qualquer tipo incisão, temos que analisar qual estrutura anatômica iremos trabalhar, e estar aptos a realizar o diagnóstico frente a patologia, para assim decidirmos entre biópsia incisional ou biópsia excisional.

Conforme Brazão-Silva, Carvalho e Pinto (2018, p.198),

No tipo incisional remove-se cirurgicamente apenas uma parte da lesão, ou seja, um fragmento menor, sem remover a lesão completamente, enquanto que no tipo excisional, remove-se a alteração patológica como um todo para envio à análise anatomopatológica (BRAZÃO-SILVA; CARVALHO; PINTO, 2018, p.198).

Sendo assim, realizamos uma incisão semilunar bastante conservadora as extremidades da lesão, com lamina de bisturi estéril nº15. Seguidamente realizamos a divulsão do tecido, com intuito de ampliar o campo cirúrgico para visualizarmos a cápsula da lesão, evitando dilaceração da mesma. Contudo, conseguimos remover toda lesão e removemos as glândulas acessórias, com intuito de prevenir recorrências (Figura 13). “Qualquer glândula salivar secundária periférica deve ser removida para reduzir o risco de recorrência” (NEVES et al., 2020, p.121).

Figura 13 - Loja cirúrgica após biópsia excisional da mucocele e das glândulas salivares menores.

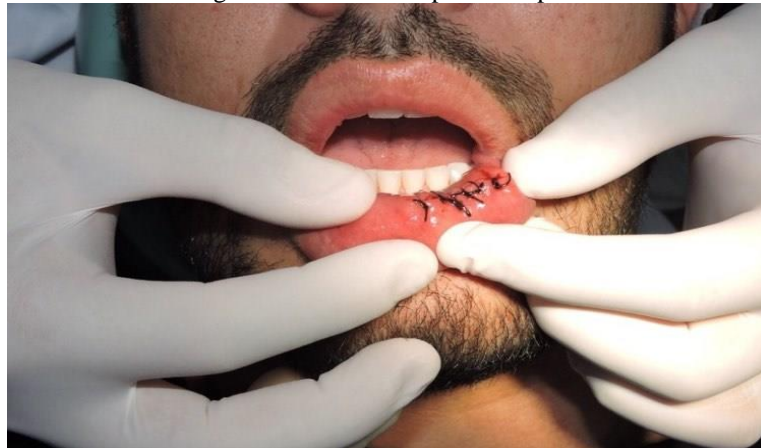


Fonte: Arquivo pessoal do autor (2019)

Em sequência, foi realizado a síntese por primeira intenção, com utilização de suturas simples, com fio de Nylon 3.0mm (Figura 14). A síntese é uma das etapas mais importantes para o sucesso do procedimento, assim a seleção do material torna-se essencial, devendo levar em consideração a sua biocompatibilidade.

De acordo com Dourados et al. (2005, p. 16), “o nylon, quando comparado aos demais fios de sutura convencionais usados em cirurgia, é o que expressa melhor resposta biológica, cicatricial e capacidade de coaptação dos bordos de uma ferida incisa”.

Figura 14 - Sutura em ponto simples.

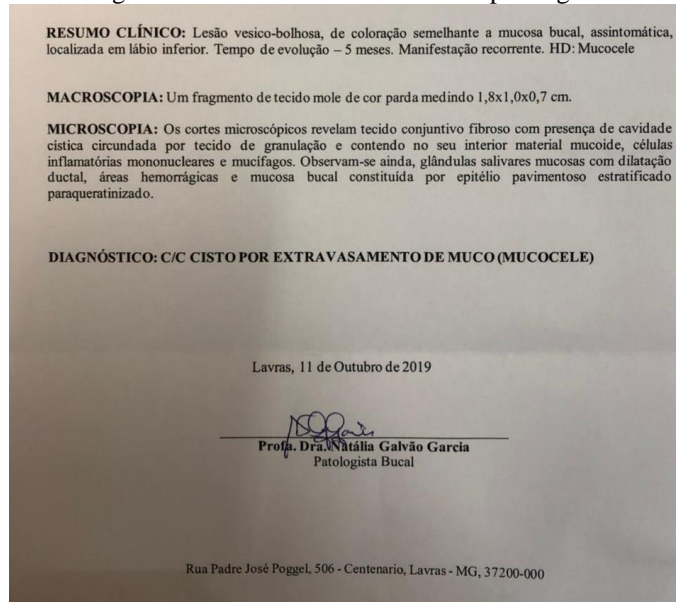


Fonte: Arquivo pessoal do autor (2019)

Após remoção completa da lesão, o paciente recebeu toda orientação e cuidado sobre o pós-operatório. Foi prescrito Dipirona monoidratada 500 mg de 6 em 6 horas, em caso de dor por três dias.

O fragmento obtido foi cuidadosamente armazenado em um recipiente contendo formol 10% e encaminhado para exame histopatológico, que mostrou como diagnóstico mucocele por extravasamento de muco (Figura 15).

Figura 15 - Resultado do exame histopatológico.



Fonte: Registro feito pelo autor (2019)

Segundo Brazão-Silva, Carvalho e Pinto (2018, p. 199),

É necessário manejar adequadamente a amostra de tecido, evitando compressões excessivas com as pinças ou fórceps, bem como evitar a apreensão do fragmento com o sugador, trações exageradas a partir de “pega” com o fio de sutura, injeção de anestésico no interior da lesão, uso desordenado de eletrocautério, volume inadequado de fixador, etc (BRAZÃO-SILVA; CARVALHO; PINTO, 2018, p.199).

O controle pós-operatório ocorreu em dois momentos, após sete dias em que retiramos as suturas e observamos uma ótima cicatrização, e passados os 12 meses, o paciente retornou à Clínica do Unilavras para reavaliarmos a situação, observando ausência da recorrência da lesão (Figura 16). “O sucesso das cirurgias bucais, entre outros fatores, está na dependência direta do planejamento, técnica cirúrgica, terapêutica medicamentosa e as orientações pós-operatória” (NOGUEIRA et al., 2006, p.1).

Figura 16 - Controle pós-operatório após 12 meses.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2020)

Com o caso concluído, pude observar ainda mais como a Odontologia é grandiosa. Os pacientes entram com medo e saem aliviados e satisfeitos diante do cenário, o que torna muito gratificante a minha jornada acadêmica. E, em cima disso, posso dizer que quero trabalhar no futuro, levando comodidade e segurança, desmitificando o grande medo dos pacientes de irem ao dentista, carregando uma grande frase de Elon Musk “As pessoas trabalham melhor quando sabem qual é o objetivo e o porquê”.

2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Hian Prudêncio Machado

Meu nome é Hian Prudêncio Machado, tenho 22 anos e sou de Santo Antônio do Amparo, Minas Gerais. Ingressar no curso de Odontologia, sem sombra de dúvida, foi uma das decisões mais difíceis que já tive que tomar. Embora a Odontologia tenha sido uma das minhas principais opções de graduação durante o Ensino Médio, escolher concretamente alguma coisa é assustadoramente marcante em nossa vida pessoal, principalmente levando em consideração o fato de que a partir dessa definição seria determinado algo que futuramente teria contato todos os dias: minha profissão.

A princípio minha visão quanto ao curso era restrita a dentes. Entretanto, com o passar dos anos pude ter contato com as diversas especialidades do ramo e assim perceber o quão ampla é a Odontologia. Hoje, prestes a finalizar a graduação, me sinto lisonjeado de poder exercer uma profissão tão bonita e por meio dela devolver sorrisos, bem-estar e qualidade de vida as pessoas.

Dentro da disciplina de Promoção de Saúde II, cursada no quinto período do curso de Odontologia do Unilavras, foi proposto pela professora responsável pela disciplina a criação de peças de teatro voltadas para crianças do ensino infantil e fundamental I. As apresentações foram realizadas por mim e mais seis colegas, primeiramente frente à classe, e depois levado para atividades extramuros em escolas e CMEIS da cidade de Lavras, MG.

O teatro foi nomeado “Circo do Sorriso” e tinha como objetivo ensinar, despertar interesse e envolver as crianças por meio de encenações imaginárias passadas de forma lúdica e humorada (Figura 17). A peça narrou a história da personagem Aninha, uma criança que devido a má alimentação e hábitos não saudáveis de higiene bucal, vinha sentindo dores nos dentes. Por meio de figuras comuns em circos brasileiros como palhaços e mágicos, a narrativa trouxe em seu enredo várias cenas educativas vinculadas a solução dos problemas em relação à dor de dente da Aninha, abrangendo a forma como a doença cárie acontece, instrução de higiene bucal e melhores hábitos alimentares para a prevenção da cárie, além de frisar a importância de procurar o dentista para a resolução da doença cárie quando a mesma já se encontrar estabelecida. Outros temas ainda foram abordados no teatro os quais se destacam: avulsão dentária e como se portar diante da situação, dente sadio e dente doente, as estruturas que compõe o dente, doenças periodontais, troca de dentição e erupção do primeiro molar permanente. O desfecho sucede com a paródia musical da canção “The Lazy Song” do Bruno Mars, enfatizando a realização da escovação e uso do fio dental. O vídeo desta paródia encontra-se disponível para acesso no endereço eletrônico: <https://youtu.be/yWt4s1Gn1c0>

Figura 17 - Apresentação do Teatro “Circo do Sorriso”



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2019).

Mediante o contento e entusiasmo encontrado diante das atividades teatrais, o grupo sob orientação da Professora Márcia de Fátima Soares, expandiu a experiência por intermédio

do projeto de extensão “Amigos do Sorriso”. As atividades deste projeto por sua vez, giraram em torno de teatros, músicas, escovação supervisionada, roda de conversas, entrega de panfletos e folders, palestras e visitas domiciliares embasadas no trabalho voluntário (Figuras 18 e 19).

Figura 18 - Apresentação do Teatro Circo do Sorriso na Escola CAIC



Fonte: Arquivo pessoal do autor. (2019)

Figura 19 - Escovação supervisionada e instrução de higiene oral para as cuidadoras do CMEI Irmã Benigna



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2019).

O trabalho voluntário é uma das mais importantes ferramentas utilizadas para a realização de um ato altruísta, algo que faz maravilhas ao nosso estado de espírito. Contudo, esse tipo de atividade vai muito além do bem pessoal, é uma ação que leva amor e solidariedade no intuito de humanizar os atendimentos da área da saúde. Dessa forma, o objetivo geral do projeto se baseou em organizar e realizar atividades extramuros em ambientes como hospitais, escolas, asilos, centros, instituições, praças públicas e

comunidades da cidade de Lavras, Minas Gerais, a fim de proporcionar às pessoas de todas as faixas etárias, noções básicas para a manutenção da saúde oral, além de discutir os mais variados assuntos do ramo da Odontologia, conforme mostra as Figuras 20, 21 e 22.

Figura 20 - Instrução de higiene oral e ensinamentos quanto à higiene e cuidados com prótese total aos cuidadores de idosos do Asilo Lar Augusto Silva.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2019).

Figura 21 - Visita domiciliar para instrução de higiene oral e distribuição de escova de dente na comunidade do Funil.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2019).

Figura 22 - Instrução de higiene oral e entrega de folders para moradores da comunidade do Funil.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2019).

2.3.1 Desenvolvimento da Atividade

No dia 31 de outubro de 2019, foi realizada por mim e os demais integrantes do projeto “Amigos do sorriso”, uma atividade em conjunto com estudantes do curso de Medicina da UFLA (Universidade Federal de Lavras). O assunto abordado foi “Como prevenir a perda de dentes?”, voltado ao público diabético (Figura 23).

Figura 23 - Marketing do evento.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2019).

A prática aconteceu no Centro Integrado de Assistência Social (CIAS), onde por meio de uma roda de conversa integrada pelos membros do projeto, alunos e professores do curso de Medicina da UFLA, funcionários do CIAS e o público diabético e alguns de seus familiares, foram debatidos o tema proposto (Figura 24).

Figura 24 - Roda de conversa no CIAS.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2019).

São inúmeras as razões que levam um indivíduo a perder dentes, entre as quais podemos destacar a via decorrente da evolução da doença cárie, por exemplo. Todavia, por se tratar de um público alvo composto basicamente de pessoas diabéticas, nada mais faria sentido senão palestrar acerca de como o Diabetes mellitus pode influenciar na doença periodontal e de como a doença periodontal influencia na Diabetes mellitus, relacionando a interação destes dois mecanismos à perda dental.

Mesmo que esse tema já tivesse sido citado algumas vezes em aula, ainda era motivo de incertezas. Por isso, previamente ao dia do evento, alguns dos integrantes do projeto foram convocados para uma espécie de aula particular junto do coordenador e professor da disciplina de periodontia do curso de Odontologia do Unilavras, Douglas Campidelli Fonseca, com o propósito de nos familiarizar com a temática “Diabetes e Periodontia” para que assim pudéssemos montar uma apresentação segura e embasada cientificamente.

Apesar de existirem muitos estudos que correlacionam a Periodontite com o Diabetes mellitus, a falta de informação por parte dos cirurgiões dentistas sobre o assunto ainda perdura. Fato este que ficou evidente após uma das pessoas presente na roda de conversa e diagnosticada com Diabetes mellitus tipo 1, relatar que embora visite o dentista com certa frequência, nunca recebera nenhuma explicação dos profissionais sobre a influência da doença em sua saúde periodontal. Não obstante, a mesma ainda contou que nenhum deles questionou-a sobre seu índice glicêmico ou sobre os meios de controle de sua glicemia. O

ocorrido me fez refletir que mesmo profissionais já formados em Odontologia, algumas das vezes negligenciam a saúde sistêmica dos pacientes, tendo uma visão centrada única e exclusivamente à boca e dentes, ao invés de analisar o paciente como um todo. Por esse motivo, ao entender o papel da interação do diabetes com a doença periodontal, resolvi através deste portfólio, apresentar de forma sucinta, a relação entre essas duas doenças.

2.3.1.1 Diabetes Mellitus

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2019), presume-se que nos dias atuais a população mundial diagnosticada com Diabetes mellitus (DM) seja de 424,9 milhões de pessoas e poderá atingir 628,6 até 2045, caso as tendências persistam. Usando o mesmo parâmetro, o Brasil é classificado como o quarto país com maior número de pessoas com diabetes (12,5 milhões de pessoas), com estimativa de alcançar o número de 20,3 milhões de diabéticos até 2045. A DM é apontada como um problema de saúde pública e ocupa o quarto lugar das causas de mortes no Brasil, além disso, o número de jovens que possuem a alteração vem crescendo consideravelmente. Dessa forma, o aumento significativo desses pacientes nos consultórios odontológicos será cada vez mais corriqueiro (BAIERLE, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1999) definiu o diabetes como uma desordem de origem endócrino-metabólica de múltiplas etiologias, caracterizada por hiperglicemia (nível elevado de glicose no sangue) crônica e distúrbios no metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas que resultam em deficiências na secreção de insulina e/ou alterações na ação da insulina.

Conforme a etiologia, a DM pode ser classificada em Diabetes mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), Diabetes mellitus gestacional (DMG) e outros tipos específicos de diabetes. Também conhecida como Diabetes insulino-dependentes, a DM1 representa 5-10% dos casos de diabetes e é resultado da destruição de células β contidas dentro das ilhotas de Langerhans no pâncreas. Acredita-se que a razão da destruição dessas células pancreáticas seja devido a processos autoimunes provocados por uma predisposição genética combinada a um gatilho ambiental, como por exemplo, uma infecção viral, levando assim a deficiência de insulina e conseqüentemente, à hiperglicemia. A DM2 representa 90-95% dos casos e varia de uma secreção prejudicada e aumento da resistência à insulina, ou seja, menos insulinas são produzidas e as células do corpo se tornam cada vez mais resistentes às ações da insulina, dessa forma, a insulina não exerce sua função de sinalização para que as

células do corpo absorvam glicose, o que resulta também, na hiperglicemia. A DM2 está diretamente relacionada ao sobrepeso, hábitos alimentares inadequados e sedentarismo (SOUSA et al., 2014).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2019) define a DMG como uma intolerância à glicose diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez, sendo a alteração metabólica mais comum no período de gestação e é considerada fisiológica, e a mesma pode ou não persistir após o parto. Já, outros tipos específicos incluem causas diferentes como as síndromes diabéticas monogênicas (diabetes neonatal, diabetes no início puberdade), doenças do pâncreas exócrino (pancreatite), diabetes induzida por medicamentos ou por produtos químicos (medicamento utilizado no tratamento do HIV e após transplante de órgãos), entre outros.

A hiperglicemia é o principal fator responsável pelo desenvolvimento das complicações que estão associadas à DM, ou seja, as desordens crônicas relacionadas tanto A DM1, quanto a DM2, são as mesmas, embora as taxas de progressão possam ser diferentes. Os primeiros sintomas da DM envolvem sede, poliúria, visão turva e perda de peso. Contudo, em grande parte dos casos, a manifestação desses sintomas é branda ou ausente, deste modo, a hiperglicemia danifica os tecidos por muitos anos antes do diagnóstico. Essas alterações levam a disfunção e falência de vários sistemas e órgãos, os quais envolvem o sistema cardiovascular e circulatório (doença cardiovascular), os rins (nefropatia), cérebro e sistema circulatório cerebral (acidente vascular cerebral), membros inferiores (doença vascular periférica e distúrbios cicatriciais), sistema imunológico (aumenta o risco de infecções) e olhos (retinopatia), implicando expressivamente no bem estar e qualidade de vida dos indivíduos (PRESHAW; BISSETT, 2019). Alterações bucais como xerostomia e doença periodontal também se associam à hiperglicemia (ROGLIC, 2016).

A classificação da diabetes é importante na determinação da terapia a ser adotada, entretanto alguns indivíduos não podem ser classificados com clareza entre DM1 ou DM2 no momento do diagnóstico. Antes se usava de paradigmas tradicionais para determinar a classificação: DM1 quando criança e DM2 quando adulto. Contudo esse parâmetro deixou de ser preciso, já que ambas as doenças ocorrem em ambos os grupos e idades. Segundo a Associação Americana de Diabetes (ADA, 2021), o diagnóstico da DM pode ser feito com base nos critérios de glicose plasmática, os quais envolvem os valores da glicose em jejum ou os valores do teste oral de tolerância à glicose (TOTG), ou através dos critérios de medição de

hemoglobina glicada (HbA1C) (Quadro 2). Esses mesmos testes podem ser aplicados para a detecção da pré-diabetes.

Quadro 2 - Critérios para o diagnóstico do diabetes segundo a Associação Americana de Diabetes.

Glicemia de Jejum.	≥ 126 mg/dL / 7,0 mmol/L
2h após o TOTG.	≥ 200 mg/dL / 11,1 mmol/L
HbA1c	$\geq 6,5\%$ / 48 mmol/mol

Fonte: Standarts of Medical Care in Diabetes (2021, p.18).

O termo pré-diabetes é usado para descrever níveis elevados de glicose no sangue que ainda não atingiram o limiar para que seja considerado diabetes (Quadro 3). Esse termo não é utilizado em todos os países, mas serve como meio de explicação aos pacientes sobre o risco de desenvolver a DM. Ao ser questionado sobre sua glicemia, mesmo que o paciente refira um valor, fica confuso determinar se esse valor é de glicose plasmática ou de Hemoglobina glicada (HbA1C). A medição da HbA1C é a mais comum para o controle da DM devido ao fato de fornecer indicação dos níveis de glicose nos últimos três meses. Esse valor pode ser relatado em porcentagem (porcentagem de hemoglobina ligada à glicose) ou no valor de milimol por mol (mmol/mol). Quando se trata da glicose em jejum, é empregado as medidas miligramas por decilitro (mg/dL) ou milimol por litro (mmol/L). As unidades usadas para descrever os níveis de glicose diferem de um país para outro, por isso é importante que o cirurgião dentista esteja familiarizado com ambos os parâmetros utilizados para controle da DM (PRESHAW et. al, 2019). Além disso, o conhecimento desses valores, especialmente da HbA1C tem conexão com o diagnóstico da Periodontite, uma vez que é um dos fatores determinantes do grau de progressão desta doença (STEFFENS; MARCANTONIO, 2018).

Quadro 3 - Critérios que definem pré-diabéticos segundo a Associação Americana de Diabetes.

Glicemia de Jejum.	≥ 100 mg/dL / 5.6 mmol/L < 125 mg/dL / 6,9 mmol/L
2h após o TOTG	≥ 140 mg/dL / 7,8 mmol/mol < 199 mg/dL / 11,0 mmol/mol
HbA1c	$\geq 5,7\%$ / 39mmol/mol < 6,4% / 47 mmol/mol

Fonte: Standarts of Medical Care in Diabetes (2021, p.21).

O tratamento da DM envolve medidas que variam de pessoa para pessoa, levando em consideração o tipo de diabetes e em qual estágio ela se encontra. Todas as intervenções de suporte para a diabetes tem o objetivo de fazer com o nível de glicemia fique o mais próximo possível dos valores considerados normoglicêmicos e assim previna futuras complicações.

2.3.1.2 Doença Periodontal

A doença periodontal (DP) representa uma das duas mais importantes doenças que acometem a cavidade oral, juntamente com a cárie dentária e contribui para a carga global das doenças crônicas que afetam a população mundial. Também apresenta altas taxas de prevalência, configurando, dessa forma, um problema de saúde pública (LIMA et. al, 2019).

A DP é uma alteração comum que compromete os tecidos que circundam os dentes, o periodonto. Este, por sua vez é estruturalmente constituído por gengiva, cemento, ligamento periodontal e osso alveolar e tem como principal função a inserção dos elementos dentários no tecido ósseo e a conservação da integridade superficial da mucosa mastigatória na cavidade bucal (NEVES et al, 2019).

Jardim e Cortelli (2019) descrevem a DP como desordem inflamatória que afeta os tecidos de proteção e sustentação dos dentes associada a destruição óssea adjacente e perda dental, compreendendo um grupo de patologias causadas por inflamação do periodonto induzida por infecção de origem bacteriana. Tal infecção provém do acúmulo de microrganismos (biofilme dental) aderidos às estruturas dentais ou outras estruturas presentes na cavidade bucal por um período de tempo.

Conforme Rosing, Oppermann e Rosing (2013, p.9),

As respostas inflamatória e imune são ativadas a partir da presença dos biofilmes. Elas têm a função de combater o “ataque” dos microrganismos, na tentativa de debelar a infecção e prevenir sua disseminação. Entretanto, a resposta do hospedeiro também pode ser prejudicial e provocar dano a células e a estruturas do tecido conjuntivo, colaborando em grande parte para a destruição dos tecidos periodontais (ROSING; OPPERMANN; ROSING, 2013, p.9).

Em suma, grupos distintos de bactérias anaeróbicas Gram-negativas no biofilme dental são considerados os principais agentes etiológicos da doença. Contudo, julga-se que a maior parte do dano tecidual observado, seja resultado indireto da resposta do hospedeiro frente à infecção (MAIA; COSTA; SILVA, 2017). Deste modo, a DP, se apresenta na cavidade bucal como gengivite ou periodontite, sendo que a distinção entre elas se dá em função do comprometimento ósseo, que ocorre somente na periodontite (NEVES et. al, 2019).

Para diagnosticar adequadamente alguma alteração é necessário o entendimento das características de normalidade, o que servirá como base comparativa para diferenciação de saúde e doença.

Em situações ideais, a gengiva saudável é diagnosticada pela ausência de sangramento marginal e biofilme supragengival visível, [...] patologicamente essas condições são explicadas pela baixa agressividade (biofilme não visível) e por condições do hospedeiro. Em conjunto esses dois fatores promovem a manutenção do equilíbrio, resultando em saúde periodontal. Todavia, esse equilíbrio pode ser quebrado quando houver aumento em quantidade e espessura do biofilme, o que determina um quadro de gengivite, já que o acúmulo e permanência desse biofilme bacteriano provoca uma resposta inflamatória que tem como consequência o sangramento gengival marginal (ROSING; OPPERMANN; ROSING, 2013, p. 15).

A gengivite constitui uma inflamação dos tecidos moles (periodonto de proteção) que promove hiperemia, edema e sangramento gengival. Contudo, o epitélio de união permanece unido à estrutura dental, com isso não há perda de inserção (MAIA, et. al, 2017). Esta se relaciona principalmente ao biofilme supragengival sendo que o negligenciamento de seu tratamento cria condições ideais para o estabelecimento do biofilme subgengival, que na maioria dos casos, culmina em evolução para o quadro de periodontite (RÖSING; OPPERMANN; ROSING, 2013).

A inflamação do periodonto de sustentação caracteriza a periodontite, que por sua vez é a forma mais grave da DP, pois afeta estruturas periodontias mais profundas acarretando destruição do ligamento periodontal e migração apical do epitélio juncional (ALVES et al., 2007). Em função disso, os microrganismos que compõem o biofilme bacteriano continuam a crescer e atingir ainda mais estruturas profundas, resultando em uma gradual destruição do ligamento periodontal, cemento e osso alveolar e consequente formação de bolsas gengivais e/ou retração (NEWMAN et al., 2012). Geralmente essa condição transcorre de forma assintomática nos estágios iniciais da doença, por isso, em muitos dos casos, o paciente só toma ciência da situação quando a mesma já progrediu o suficiente para causar mobilidade ou perda dental (BAIERLE, 2020).

A presença do biofilme subgengival é, indiscutivelmente, o principal fator para estabelecimento da periodontite. Entretanto, existe uma parcela da população que não desenvolve a doença mesmo na presença desta agressão e, partindo desse mesmo raciocínio, há também pessoas com baixo índice de biofilme que manifestam a doença. Portanto, deve-se considerar a susceptibilidade do hospedeiro para o desenvolvimento da DP que incluem fatores microbianos, resposta imunológica e características genéticas (AMORIM, 2018). Além disso, fatores de risco locais e sistêmicos estão relacionados diretamente com as mudanças no percurso da doença. Para Rodrigues et al. (2019), os fatores modificadores da

DP incluem restaurações e próteses mal adaptadas, cálculo dental, tabaco, alterações hormonais e diabetes mellitus.

Abreviadamente, a destruição tecidual clinicamente reconhecida como periodontite provém em primeira instância do acúmulo bacteriano que provoca uma quebra do equilíbrio entre hospedeiro e biofilme dental propiciando uma reação inflamatória de caráter destrutivo no hospedeiro até atingir tecidos associados à sustentação dentária (PRESHAW; BISSETT, 2019), este processo por sua vez se relaciona a susceptibilidade do hospedeiro e aos fatores de risco locais e sistêmicos (ROSING; OPPERMANN; ROSING, 2013).

É de nosso conhecimento que frente a uma agressão há uma resposta inflamatória com intuito protetor por parte das células de defesa do organismo, contudo a mesma quando exacerbada causa danos teciduais provenientes da liberação de mediadores inflamatórios, conhecidos como citocinas. De acordo com Land e Lindhe (2018), as principais citocinas inflamatórias correlacionadas ao processo destrutivo do tecido ósseo na periodontie são a interleucina 1 (IL-1), a interleucina 6 (IL-6), o fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) e as prostaglandinas E2 (PGE2). Barbosa (2013) menciona ainda que enquanto ocorre reabsorção óssea por ação das citocinas inflamatórias, as metaloproteinases da matriz (MMPs) degradam o colágeno do tecido conjuntivo contribuindo para a perda de inserção e agravando a perda óssea, ou seja, as bactérias periodontopatogênicas agem indiretamente na destruição do periodonto, uma vez que estimulam a liberação de mediadores inflamatórios atuantes no processo de osteorreabsorção e degradação conjuntiva provenientes do sistema imune do hospedeiro.

Não obstante, conforme Lins (2006), a ação de componentes bacterianos especialmente do lipopolissacarídeo (LPS) e enzimas e toxinas secretadas contribuem diretamente para a degradação periodontal. Logo, estes dois fatores (infecção e inflamação) em conjunto levam a destruição tecidual dos componentes periodontais, sendo a via indireta a principal causadora deste processo.

2.3.1.3 Relação Bidirecional entre Diabetes Mellitus e Doença Periodontal

A DP e a DM são doenças crônicas não transmissíveis com alta taxa de prevalência mundial que apresentam aspectos comuns em relação à resposta inflamatória (OLIVEIRA et al., 2017). A DM é uma doença metabólica caracterizada por aumento de glicose no sangue, enquanto a DP é tida como uma infecção local da cavidade bucal que desencadeia respostas

imunes inflamatórias a níveis locais e sistêmicos (MARTÍNEZ; CORCUERA; ILUNDAIN, 2015).

A relação entre a DP e a DM é altamente complexa e descrita como bidirecional (NASCIMENTO et al., 2018), por esse motivo, o tema tem sido exaustivamente explorado em diversos estudos nas últimas décadas.

2.3.1.3.1 Influência da Diabetes Meliltus na Doença periodontal.

Preshaw e Bissett (2019) descreveram a periodontite como a sexta complicação do diabetes. Ambas as doenças podem incentivar um aumento na liberação de mediadores inflamatórios ocasionando sequelas nos tecidos periodontais (BAIERLE, 2020). Com a presença da DM, os pacientes se tornam de 2 a 3 vezes mais susceptíveis ao desenvolvimento de periodontite quando comparado a indivíduos sem diabetes (MEALEY; OCAMPO, 2007). Além do que, conforme Romito et al. (2017), a severidade e progressão da DP são consideravelmente maiores em pacientes diabéticos.

O risco aumentado da DP se relaciona tanto à DM1, quanto à DM2 (ALBERT, et. al, 2012). Geralmente, indivíduos diabéticos têm resposta precoce e hiperinflamatória frente ao acúmulo bacteriano, quando comparado aos não diabéticos, o que desencadeia agravos no processo patológico da doença periodontal, como por exemplo, maior perda de inserção clínica (PIECHA et al., 2020). Teixeira e Filho (2018) reafirmam que a doença periodontal é mais prevalente e grave em indivíduos diabéticos do que em indivíduos saudáveis e o nível de controle glicêmico e duração do diabetes parece influenciar o risco de doença periodontal.

Diversos estudos foram realizados em uma comunidade de Índio Prima no estado do Arizona, EUA, a fim de averiguar a correlação entre essas duas condições. Um levantamento foi realizado em 2.273 indivíduos dessa comunidade e a partir das informações coletadas foi observada uma ocorrência 2,6 vezes maior de DP em pacientes portadores de diabetes do que entre àqueles que não possuíam a doença (NELSON et al., 1990). Além disso, foi visto que os casos de DM2 estavam diretamente relacionados à DP em estágios avançados, constatando perda precoce e intensa de inserção e osso (LOE, 1993).

Santos (2016) ainda relata que pacientes diagnosticados com DM1 em função do aumento da resposta inflamatória, tem a ação diminuída de osteoblastos e aumentada de osteoclastos em razão da liberação contínua de interleucinas. Somado a isso, estes pacientes ainda tem maior risco de formação de biofilme e cálculo dental, levando a uma aceleração da

reabsorção óssea, ruptura do ligamento periodontal e formação de bolsas mais profundas, ou seja, piora no quadro de periodontite.

A DM por deixar o paciente vulnerável se torna forte indicador para o estabelecimento de doenças periodontais, que por sua vez pode induzir um estado crônico ao qual o organismo cria resistência à insulina (NOGUEIRA, 2019). Por fim, a inter-relação entre essas duas doenças também foi estudada no intuito de estabelecer fatores de risco para a perda de estrutura dental, encontrando-se maior propensão de perda dentária em indivíduos com diabetes (OLIVEIRA et al., 2017).

2.3.1.3.2 Influência da Doença Periodontal na Diabetes Mellitus

A infecção dos tecidos periodontais promove respostas inflamatórias locais e sistêmicas, dessa forma há associações entre periodontite e doenças sistêmicas crônicas (LIMA et al., 2019). Desse modo, a relação entre essas duas doenças representa um exemplo de como uma doença sistêmica pode predispor uma infecção oral e de como uma infecção oral pode exacerbar uma condição sistêmica (ALMEIDA et al., 2015).

Alguns estudos de coorte demonstraram a associação entre a periodontite e o controle glicêmico insatisfatório. Neste caso, os indivíduos com periodontite apresentam um nível de HbA1c mais elevado quando comparada com pessoas com melhor saúde periodontal. (GRAZIANI et al., 2018). Desta forma, do ponto de vista biológico é possível que a inflamação crônica proveniente da DP, afete o controle glicêmico. (TEIXEIRA; FILHO, 2018).

A possibilidade de que a DP poderia elevar os níveis glicêmicos e gerar um quadro de pré-diabetes em pacientes não diabéticos também tem sido estabelecida (POLAK; SHAPIRA, 2017). Um estudo longitudinal constatou que pacientes com DP apresentaram níveis glicêmicos mais elevados após 5 anos. Os autores atribuíram o aumento glicêmico à DP pelo motivo dos pacientes com maior perda de inserção apresentarem níveis de HbA1c expressivamente maiores, portanto a progressão da DP foi considerada um fator favorável para o aumento dos níveis de glicose no sangue (PIECHA et al., 2020).

Para terminar, Preshaw e Bissett (2019) afirmam que o mecanismo postulado que liga as doenças se dá quando as bactérias e seus produtos, juntamente à presença das citocinas inflamatórias produzidas nos tecidos periodontais, caem na circulação, levando a um aumento

da inflamação a nível sistêmico seguido de deficiência na sinalização e resistência à insulina, assim os níveis glicêmicos crescem, resultando em intensificação da DM.

2.3.1.3.3 Biologia da bidirecionalidade entre DM e DP

Para compreender a relação entre essas duas doenças é importante o conhecimento da biologia envolvida neste processo e a partir disso identificar as fontes associadas à bidirecionalidade entre DM e DP. Os mecanismos pelos quais a DM influencia o tecido periodontal tem fisiopatologia similar às das clássicas complicações micro e macro vasculares vistas em pacientes diabéticos (PIECHA et al., 2020).

De acordo com Cárdenas (2018), muitas das complicações geradas pela hiperglicemia crônica em pacientes diabéticos são provenientes do crescente acúmulo de produtos finais da glicosilação (AGES), que ocorre também no periodonto, ou seja, os efeitos adversos que acometem outros órgãos e sistemas também se fazem presentes nos tecidos periodontais.

Os AGES são formados por meio da glicosilação e oxidação de proteínas e lipídeos (ALMEIDA et al., 2015), os mesmos são mais numerosos em pacientes diabéticos (SANTOS, 2016), e tem capacidade de se ligar aos receptores de produtos finais da glicosilação (RAGE) presentes nas membranas celulares de células endoteliais, monócitos/macrófagos e fibroblastos (BARBOSA, 2013). Cárdenas (2018) afirma que a hiperglicemia provoca aumento da expressão de RAGEs e, a interação entre AGEs e RAGEs nas membranas dos monócitos, macrófagos, células endoteliais e fibroblastos culmina em aumento da secreção de TNF α , IL-1, IL-6 e PGE2. Esses mediadores por sua vez estão associados à diferenciação e atividade de osteoclastos (reabsorção óssea alveolar) e também à produção de MMPs provenientes da degradação do colágeno (cicatrização defeituosa), atuando, portanto na patogênese da doença periodontal, podendo gerar perda dental em casos mais graves.

Segundo a Associação Americana de Diabetes (ADA, 2019), além das citocinas pró-inflamatórias (TNF α , IL-1 e IL-6), a produção de Proteína C Reativa (PCR), estresse oxidativo e o ligante do receptor do fator nuclear kappa-B (RANKL) estão elevados em indivíduos com DM e periodontite. De acordo com Polak (2017) o RANKL juntamente com a osteoprotegerina (OPG) configura um dos meios de regulação do metabolismo ósseo. O RANKL é um marcador da reabsorção óssea, sua produção se dá na presença dos mediadores inflamatórios e a ligação deste com seu receptor promove a formação de osteoclastos resultando em maior reabsorção óssea. Já, a OPG é produzida por osteoblastos e a mesma

pode ligar-se ao RANKL para inibir a ativação dos osteoclastos. No entanto, todo esse mecanismo se encontra alterado em pacientes diabéticos, o que prejudica ainda mais a saúde periodontal.

Por outro lado, na presença de DP há um aumento na produção de citocinas pró-inflamatórias tais como a TNF α , IL-1 e IL-6, as quais são antagonistas da insulina. O estresse oxidativo e PCR também se encontram elevados, estes por sua vez quando alterados podem levar à resistência insulínica (SANZ et al., 2018). Almeida et al. (2015) reafirmam que a DP pode causar um aumento sistêmico dos níveis dessas citocinas e que as mesmas são marcadores inflamatórios relacionados à resistência à insulina em pacientes diabéticos. Portanto, a DP induz a elevação dos níveis sanguíneos destes marcadores, culminando em resistência à insulina e dificuldades no controle glicêmico.

Por último, Preshaw e Bissett (2019) relatam que, uma vez que as bactérias e seus substratos, em conjunto com as citocinas produzidas localmente nos tecidos periodontais entram em circulação, acabam por elevar a inflamação sistêmica gerando distúrbios de sinalização e resistência à insulina e conseqüentemente, exacerbação do quadro de diabetes. Essa exacerbação significa aumento dos níveis de HbA1c, que por sua vez contribuem para os riscos de complicações relacionadas à DM, entre o quais inclui a periodontite, criando desta forma um sistema bidirecional de duas vias entre as doenças.

2.3.1.3.4 Impacto do tratamento periodontal na DM

Um grande número de estudos tem sido realizado nas últimas décadas no intuito de apurar o impacto do tratamento periodontal no controle glicêmico de pacientes diabéticos. A grande maioria destes se baseou em ensaios clínicos randomizados e os resultados normalmente tem sido consistentes para reduções dos níveis de HbA1c após o tratamento periodontal.

Dois estudos sobre o tema foram realizados por Simpson et al., nos anos de 2010 e 2015 e ambos relataram reduções estatisticamente relevantes nos níveis de hemoglobina glicada, aproximadamente 3-4 mmol/mol (cerca de 0,3-0,4%). Mais recentemente uma meta-análise de um estudo clínico randomizado realizado desde 2013 também evidenciou resultados significativos na diminuição de HbA1c (PRESHAW; BISSETT, 2019). Neste caso a redução dos níveis de glicose no sangue girou em torno de aproximadamente 3 a 7 mmol/mol (0,27-0,65%) obtendo uma média de 4 mmol/mol (0,4%) três meses após

tratamento periodontal. O mesmo estudo avaliou os níveis de hemoglobina glicada após seis meses da terapia periodontal e também obteve resultados condizentes à redução desses parâmetros, embora menor que àqueles em curto prazo (PRESHAW; BISSETT, 2019).

O desbridamento radicular em conjunto com a instrução de higiene oral para otimização do controle do biofilme foram as terapias periodontais adotadas nos estudos. Embora o mecanismo que leva a redução dos níveis glicêmicos após o tratamento periodontal não seja ainda claro, acredita-se que após o mesmo há uma diminuição de bactérias e produtos bacterianos no ambiente sub-gengival. Uma vez que há redução de bactérias e seus produtos circulantes, a secreção de citocinas pró-inflamatórias também diminui, resultando em melhoras no quadro inflamatório local e sistêmico. Os efeitos combinados da redução do desafio bacteriano, seguido de diminuição da inflamação sistêmica, estariam teoricamente ligados à melhorias na resistência e sinalização de insulina, contribuindo assim para um controle glicêmico adequado destes pacientes (PRESHAW; BISSETT, 2019).

Diante do tema exposto fica perceptível o papel influenciador que a DM e DP desempenham um sobre o outro. Na roda de conversa no Centro Integrado de Assistência Social (CIAS), com o tema “Como prevenir a perda de dentes?” os mecanismos detalhados nesse portfólio foram passados de maneira breve e simplificada, para que o público em questão pudesse compreender o assunto. Como visto, em consequência da DM, a degradação dos tecidos periodontais pode ocorrer de forma mais grave e rápida na presença de periodontite, o que pode culminar na perda precoce de elementos dentários. Como sabemos o fator etiológico que inicia todo o processo das doenças periodontais acontece devido a presença de bactérias, por isso, durante a conversa foi frisado a importância de meios preventivos para evitar o início da DP, que se baseiam no controle minucioso do biofilme por meio de higienizações otimizadas, assim foi-lhes ensinado técnicas adequadas de escovação e a maneira adequada do uso do fio dental. Além disso, como ponto importante foi também destacado a visita rotineira ao dentista, a fim de evitar a ocorrência de gengivite e periodontite ou controlar a progressão da doença quando a mesma já se encontrar estabelecida.

Vale ressaltar também que, nesses casos é importante um atendimento multidisciplinar vinculando a área médica e odontológica; a Odontologia agindo na diminuição da carga bacteriana a nível periodontal e a Medicina auxiliando no controle glicêmico do paciente. Dessa maneira, haverá reduções inflamatórias tanto locais, como sistêmicas, o que em conjunto pode evitar a exacerbação de ambas as doenças.

2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Marcos Coelho Costa

Meu nome é Marcos Coelho Costa, tenho 23 anos e sou de São Joao del Rei, Minas Gerais. Desde quando me reconheço como gente lembro-me do meu pai como um grande dentista. O tempo foi passando e aos poucos fui me interessando nas diversas áreas de saúde, até escolher a Odontologia. Já de inicio me identifiquei bastante e ainda me identifico mais a cada dia de aprendizado. A cada aula, laboratório e clinica pude compreender o gosto de meu pai por essa profissão maravilhosa, assim como ele compreendeu com sua mãe, minha querida avó, que também era cirurgiã dentista.

Antes de prestar o vestibular para ingressar no Unilavras, escutei vários elogios de uma amiga a respeito da faculdade e do curso. Quando recebi a noticia de que tinha passado, informei meu pai, que já resolveu comemorar de felicidade, até por que sou a terceira geração de dentistas da família.

Atualmente fico muito contente em ter feito o que é, talvez, a escolha mais certa da minha vida. Atuar ao lado de meu pai, aprender e conviver mais com ele a cada dia, torna tudo mais especial. Sou muito grato ao Unilavras e todos os professores por me proporcionarem uma vivência acadêmica maravilhosa.

Ao longo do caso abordado neste portfólio, foi possível perceber como a Odontologia é complexa e integral. A reabilitação oral busca a estética e a funcionalidade dos dentes, o que trás aos pacientes uma qualidade de vida imensamente melhor, trabalhando auto estima e pequenas outras coisas, como a possibilidade de morder novamente seu alimento preferido.

2.4.1 Desenvolvimento da Atividade

Paciente do sexo feminino, 84 anos de idade, hipertensa controlada, compareceu á clinica odontológica do Unilavras, na disciplina de Clínica Integrada I em Abril de 2019. Sua queixa principal foi a falta de estabilidade de sua Prótese Parcial Removível (PPR) inferior. As próteses parciais removíveis apresentam diferentes comportamentos biomecânicos que podem ter influência sobre as estruturas de suporte (BARCELOS, 2013). Dito isso, feito a revisão da anamnese e o exame clínico, foi constatado que seus dentes inferiores, principalmente os pilares da PPR, se encontravam com mobilidade grau 3 e sujeitos à exodontia (Figura 25).

Figura 25 – Radiografia panorâmica inicial



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2019).

Foram realizadas duas cirurgias, como era a primeira cirurgia minha e da minha dupla, Pedro Eduardo Silva Oliveira, fomos cautelosos quanto ao tempo e estresse à paciente. Nela extraímos os elementos 34 e 43, os pilares da prótese. Na semana seguinte foi feita a segunda cirurgia para a exodontia do restante dos elementos, que foram o 33, 32, 31, 41 e 42.

Foi feito bloqueio bilateral do nervo alveolar inferior, com uso de prilocaína 3% com felipressina como solução anestésica. A escolha do anestésico foi essa devido à paciente ser hipertensa e por ser uma alternativa aos vasoconstritores adrenérgicos, atuando como um estimulante direto do músculo vascular, não sendo arritmogênicas e não apresentando efeitos diretos sobre o miocárdio (PEREZ et al., 2011). Inicialmente, o descolamento foi feito por meio do descolador de freer e molt. Na extração dos elementos em questão, foi realizada por meio da técnica primeira. Para tanto, foi utilizado o fórceps 151 e realizando movimentos no sentido vestibulo-lingual a fim de evitar fraturas, pois de acordo com Araújo (2015), não se deve fazer movimentos rotacionais, devido ao formato da seção transversal da raiz. Extraídos os dentes, foi feita a curetagem dos alvéolos.

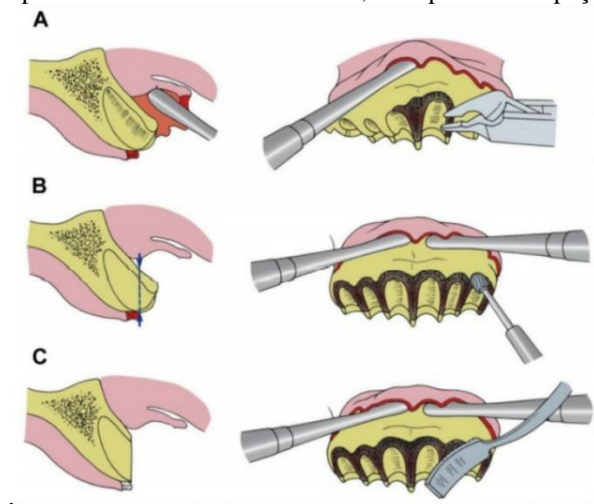
Por se tratar de uma cirurgia envolvendo 05 elementos e devido a grande quantidade de dentes extraídos, o rebordo alveolar se torna inviável para receber uma prótese total posteriormente. Dessa forma, uma cirurgia pré-protética se torna imprescindível. “Irregularidades do osso alveolar podem ser encontradas no momento da extração dentária ou após a regeneração e modelação tecidual” (EPHROS; KLEIN; SALLUSTIO, 2015, p.460).

O planejamento pré-operatório, como qualquer outro procedimento cirúrgico, começa através da história médica e física da paciente. Compreender as expectativas cirúrgica e protética do paciente devem ser claras e determinadas para alcançar os melhores resultados (EPHROS; KLEIN; SALLUSTIO, 2015).

A técnica cirúrgica em questão foi a alveoloplastia, que consiste em remover as irregularidades do rebordo alveolar, buscando preservar o máximo de osso. Atentando-se sempre sobre a necessidade de preservar ou remover osso, a fim de torná-lo viável para servir de base para uma prótese total (ROHILLA et al., 2019) “Irregularidades do osso alveolar podem ser encontradas no momento da extração dentária ou após a regeneração e modelação tecidual” (EPHROS; KLEIN; SALLUSTIO, 2015, p.460).

O professor Dr. Bruno Matos Figueiredo assumiu a cirurgia, buscando ensinar a alveoloplastia de maneira didática para os presentes no momento, utilizando o alveolótomo como instrumental para remover as espículas. Um alveolótomo, lima para osso, peça de mão com broca (Figura 26) ou um martelo cirúrgico com osteótomo são opções viáveis para a adequação do osso (EPHROS; KLEIN; SALLUSTIO, 2015).

Figura 26 – Alveoloplastia com uso do alveolótomo, lima para osso e peça de mão com broca



Fonte: Ephros, Klein e Sallustio (2015).

No interior de uma espícula óssea, existia um vaso sanguíneo, que provocou, durante a remoção da mesma, uma hemorragia severa. Buscando conter a hemorragia da melhor maneira possível, o prof. Dr. Bruno realizou o primeiro passo para coibir uma hemorragia intraoperatória no atendimento odontológico, que é a oclusão da lesão, por meio de pressão

mecânica com gases estéreis (ISLAS GRANADOS; ÁNGELES; AGUIRRE, 2012), e na medida do possível, pinçar o vaso sanguíneo que originava o sangramento.

Foi observado que a hemorragia não se conteve, então foi utilizado esponjas de fibrina. A esponja de fibrina é um agente amplamente utilizado por sua capacidade hemostática, cujas propriedades de absorção e maleabilidade permitem a incorporação de quantidades consideráveis de sangue, formando uma barreira física, que dá suporte estrutural ao coágulo. Foram utilizadas 03 unidades do material para finalmente alcançar a hemostasia desejada. Aproximando do fim da cirurgia, o professor finalizou a adequação do rebordo com a peça de mão (PM) e maxi-cut e finalmente, a lima de osso a fim de terminar a regularização do osso.

A adequação dos tecidos moles também é de extrema importância, dessa forma, a remoção das papilas se tornou imprescindível pois, nos casos em que as bordas cirúrgicas não são rigorosamente aproximadas, a hemostasia está presente, e sangue e soro podem acumular-se sob a incisão, o que pode atrasar o processo de cicatrização (SILVERSTEIN; KURTZMAN, 2005). Por fim, foi realizada a síntese com suturas em “x” por primeira intenção, que de acordo com Veloso (2014), os bordos da ferida são posicionadas na mesma posição anatômica que possuíam antes da intervenção cirúrgica.

Após a realização do tratamento proposto, a paciente recebeu todas as orientações do pós-operatório, assim como a prescrição de Amoxicilina, Nimelzulida e Dipirona monoidratada. Passado sete dias retirei as suturas e observamos uma boa cicatrização, fruto principalmente de uma sutura bem feita.

Buscando a instalação de uma prótese total inferior, a paciente retornou á clinica do Unilavras com sua panorâmica em mãos para avaliação do rebordo (Figuras 27, 28 A e B).

Figura 27 – Radiografia panorâmica no retorno da paciente pós cirurgia



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2020).

Figura 28 – Arcadas Superior (A) e Inferior (B)



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2020).

Na sessão seguinte do tratamento foi feita a moldagem anatômica superior e inferior para a obtenção das moldeiras anatômicas (Figura 29). Utilizei silicone de condensação para realizá-las, buscando uma moldagem ideal. Esse material apresenta vantagens como tempo de trabalho e prensa reduzido, tem sabor e odor agradável, custo moderado, menor contração, boa impressão e leitura das margens (OLIVEIRA, 2012).

Figura 29 – Moldagem funcional com moldeira individual



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2020).

Dos modelos de gesso obtidos por essa moldagem, confeccionei as moldeiras individuais superior e inferior em resina acrílica incolor com cera 7 como alívio. Previamente moldagem funcional, foi aplicado na moldeira individual um adesivo próprio para essa situação. Dentro dos possíveis materiais a serem utilizados, usei silicone de condensação de massa densa para realizar o selamento periférico e a impressão com o silicone condensação de massa fluida. Lembrando sempre de tracionar os lábios da paciente para obter uma cópia fidedigna da área chapeável e das inserções musculares.

Após obtido os modelos de gesso e as bases de prova de resina acrílica incolor, foram colocados roletes de cera 7 para fazer o plano de cera. Na sessão seguinte foi feito o registro com auxílio do garfo de mordida, do arco facial e das guias de orientação. Utilizando sempre a régua de Fox e o compasso de Willis para obter as medidas corretas. Ao observar o perfil da paciente (Figura 30), foi visto que era necessário ajuste no volume labial superior, dessa forma adicionei uma pequena camada a mais de cera na parte anterior para deixá-lo ideal.

Figura 30 – Perfil da paciente



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2021).

Junto com a paciente escolhemos a cor dos dentes de acordo com a escala VIPI e a cor da gengiva através da escala Tomaz Gomes, 67 e 10, respectivamente. Com modelos montados no articulador (Gnatus A7 Plus), enviei para o laboratório de prótese do Unilavras realizar a montagem dos dentes em cera (Figura 31).

Figura 31 – Prova dos dentes montada em articulador



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2021).

Após a prova dos dentes em boca ou a prova funcional, como alguns autores citam, quanto ao formato e cor dos dentes, posicionamento dos lábios em repouso e em sorriso, aprovados pela paciente, as próteses foram encaminhadas ao laboratório para serem acrilizadas. Com o retorno das próteses, foram necessários pequenos ajustes quanto a oclusão, utilizando carbono, maxi-cut e PM. Dessa forma um polimento após os ajustes se tornou necessário previamente a entrega definitiva das próteses à paciente (Figura 32).

Figura 32 – Paciente após instalação das próteses.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2021).

A paciente vem sendo acompanhada através de consultas semanais com o objetivo de supervisionar a adaptação da prótese e conferir se não há presença de aftas ou outras lesões na cavidade oral. Normalmente, próteses totais levam um tempo para serem adaptadas devido à memória muscular, podendo levar de 6 a 8 semanas.

Eu acompanhei a paciente semanalmente por cerca de duas semanas para ver se a prótese estava bem adaptada e se a própria paciente se adaptou à nova PT. Infelizmente, ela não se prontificou a usar as próteses, alegando que “elas não paravam na boca”, como ela dizia. Eu e o professor Mestre Selem a orientamos, desde a instalação, sobre o período de adaptação que pode durar até mesmo meses, mas ela foi relutante quanto a isso.

2.5 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Sthefan Reis Botelho Fonseca

Sou Sthefan Reis Botelho Fonseca, 30 anos, nascido em Lavras - MG. Encontro-me no momento a caminho de concluir o curso de Odontologia no UNILAVRAS, e antes de estar

aqui passei por duas outras faculdades onde estudei Agronomia por cinco períodos. Depois de deixar de lado a Agronomia confesso que me senti perdido por algum tempo até tomar a decisão de ingressar no curso de Odontologia do UNILAVRAS por conta do meu interesse pelas áreas biológicas e de saúde.

Desde então, venho cada vez mais me surpreendendo com a estrutura do curso e com o trabalho realizado pelos funcionários e professores. Durante o andamento do curso várias áreas da Odontologia nos foram apresentadas e como de praxe, cada indivíduo tem mais ou menos afinidade com algumas delas. No quinto período é lecionada a disciplina Promoção de Saúde II e durante esse período os alunos foram encarregados de montar, roteirizar e performar um teatro voltado para o público infantil com o intuito de passar conhecimento de forma lúdica sobre saúde bucal.

A partir dessa atividade avaliativa e da disciplina Clínica Infantil, que começou logo no semestre seguinte, que me surpreendi com uma predileção para o atendimento de crianças. Venho relatar a minha experiência com o planejamento, roteirização, apresentação do teatro citado e como o lúdico pode ajudar na transmissão do conhecimento.

2.5.1 Desenvolvimento da Atividade

A disciplina Promoção de Saúde II me abriu os olhos para uma Odontologia fora do ramo cirúrgico e restaurador. A promoção de saúde, por meio de um conjunto de atividades propostas a nível municipal, estadual e até federal, tem o intuito de levar à população conhecimentos e atividades que vão melhorar seja individualmente ou como um todo, os hábitos para que se alcance uma menor taxa de doença. Vem com a ideia que é melhor para todos, indivíduos e instituições responsáveis pela saúde, como Unidades Básicas de Saúde, a manutenção de uma boa saúde, do que tratar coisas que poderiam ser evitadas com a promoção da saúde.

Logo no início do semestre a professora Dra. Márcia de Fátima Soares nos informou sobre os trabalhos que seriam feitos durante para a disciplina de Promoção de Saúde II, com intuito de informar e promover a saúde com foco no público infantil. Era importante que as ações dos trabalhos tivessem o lúdico como característica principal.

O lúdico permite um desenvolvimento global e uma visão de mundo mais real. Por meio das descobertas e da criatividade, a criança pode se expressar, analisar, criticar e transformar a realidade. Se bem aplicada e compreendida, a educação lúdica poderá contribuir para a melhoria do ensino, quer na qualificação ou formação

crítica do educando, quer para redefinir valores e para melhorar o relacionamento das pessoas na sociedade (DALLABONA; MENDES, 2004, p.1).

Para o primeiro trabalho, meu grupo e eu decidimos escrever uma letra de música e a apresentar como uma paródia. Segundo Godói (2011, p.24),

... a música pode ser usada de forma constante nas salas de aula, como por exemplo, para cantar canções e quem as crianças digam seus nomes e os nomes de seus colegas, possibilitando uma interação muito interessante entre os alunos. Assim, além de promover a socialização, a música oferece grande apoio em todo processo de aprendizagem por favorecer a ludicidade, a memória e a criatividade (GODOI, 2011, p.24).

A música escrita pelo grupo tem como foco a higiene oral, falando sobre a importância e a técnica de escovação correta para as crianças e utilização do fio dental. A música pode ser ouvida através do seguinte link: <https://youtu.be/yWt4s1Gn1c0> .

O segundo trabalho proposto seria a criação de um teatro, também voltado para o público infantil, onde o grupo é o responsável pelo roteiro, produção e atuação deste. Decidimos então criar o Circo do Sorriso, e nos apresentamos como integrantes de um circo, com palhaços e um mágico apresentador. No teatro são abordados temas constantes na Odontologia infantil, sendo eles: a doença cárie, avulsão dentária e o surgimento do primeiro dente permanente. Na parte da doença cárie abordamos temas como dieta, escovação e utilização do fio dental. Sobre a avulsão dentária foi passado ao público, noções básicas de como proceder quando esta ocorre. Quanto ao primeiro dente permanente, falamos mais uma vez sobre a importância de uma boa higienização. Apresentamos também durante o teatro, a paródia musical sobre higiene bucal citada anteriormente.

Todo o teatro foi apresentado de forma lúdica e em uma linguagem adequada às crianças, explicamos a importância da atenção ao teatro, pois ao final sempre realizamos uma brincadeira com as crianças que consiste em uma roleta com perguntas, as quais as respostas eram dadas ao decorrer da apresentação.

Como nos fora informados no início do semestre aconteceram duas apresentações, sendo uma para os colegas de classes e os professores da disciplina e a outra apresentação seria em alguma escola de Lavras; o grupo ficou encarregado de se apresentar para alunos do Colégio Universitário Professor Canísio Ignácio Lunkes – Colégio UNILAVRAS (Figura 33).

O teatro foi muito bem recebido pelas crianças que assistiram com atenção e participaram da brincadeira de perguntas e respostas ao final.

Figura 33 - Apresentação no Colégio UNILAVRAS.



Fonte: Arquivo pessoal do autor. (2019)

2.5.1.1 O Projeto

Após o fim da disciplina, o grupo demonstrou interesse em continuar com o teatro, pedimos a orientação da professora responsável pela disciplina e expressamos o desejo de transformar a atividade avaliativa em um projeto maior. Com o aval e orientação da professora, o Projeto se tornou o “Amigos do Sorriso”, o Circo do Sorriso continuou apresentando o teatro e abraçamos mais temas e tarefas.

A primeira apresentação do grupo como um projeto foi em um Centro Municipal de Educação Infantil, onde além do teatro apresentado aconteceu uma escovação supervisionada (Figura 34). Além do teatro e da escovação aconteceu também, com a participação das crianças, uma conversa com as professoras e cuidadoras destas, onde foram respondidas dúvidas sobre escovação e esclarecidas técnicas e importância de uma boa higiene oral para as crianças. A atividade foi recebida com entusiasmo pelos profissionais do Centro e, mais importante, pelas crianças.

Figura 34- Escovação supervisionada no CMEI Irmã Benigna



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2019).

O projeto continuou com as atividades, sendo apresentado em outras escolas e creches, em uma outra oportunidade fomos convidados para uma roda de conversa sobre a relação do diabetes com a periodontite. Esta conversa aconteceu no Centro Integrado de Assistência Social (CIAS), com participação da população de Lavras, estudantes e professores do curso de Medicina da UFLA.

Houve também uma atividade no Asilo de Lavras, onde os integrantes do grupo se dispuseram a ensinar aos cuidadores dos idosos, técnicas de escovação, limpeza de rebordo alveolar de desdentados e higienização de prótese total e prótese parcial removível.

Em outra atividade, o projeto foi levado à Comunidade do Funil, onde seria apresentado o teatro para as crianças, respondidas dúvidas da população sobre questões da Odontologia e distribuição de folders com orientações sobre como proceder em casos de traumatismo dentário e higiene oral (Figura 35).

Figura 35 - Distribuição de folder na Comunidade do Funil.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2019).

2.5.1.2 O Teatro

Como temas a serem tratados no teatro, decidimos por ocorrências mais frequentes em Odontologia infantil, sendo essas: a doença cárie, avulsão dentária e o surgimento do primeiro dente permanente.

O teatro começa com a personagem Aninha, que cai ao chão enquanto brinca, sofrendo uma avulsão dentária.

Entre as lesões, a avulsão dentária é considerada um dos tipos mais graves, pois consiste no total deslocamento do dente para fora do seu alvéolo provocando ruptura do epitélio gengival, e injúrias a polpa, ao ligamento periodontal, o cimento e ao osso alveolar. A sua frequência é cerca de 0,5% a 16% de lesões em dentes permanentes (BARROS, 2020, p.2).

Durante a apresentação a personagem Aninha era instruída a procurar o dente, com ajuda de dois palhaços, figuras frequentes no circo, e a guardar o seu dente perdido em um copo com leite. Então, após estas orientações, Aninha era levada ao dentista que a explicava a importância de visitar o dentista e realizar o reimplante do dente avulsionado.

A próxima cena inicia com Aninha queixando de dor de dente, então novamente dois palhaços aparecem para explicar a ela o que é um dente em suas estruturas mais básicas como esmalte, dentina e cimento. Explicam a Aninha também de forma clara para as crianças o que

é a doença cárie, como ela surge e orientações sobre a dieta de Aninha, que na peça consumia muitos doces e não escovava os dentes.

A cárie na infância tem alta incidência, pelo que pude observar nas atividades de escovação supervisionada, e mais prevalente em crianças de mais baixa renda. É caracterizada por uma ou mais lesões cariosas, perda dental relacionada à cárie ou dentes com restauração (ASSUNÇÃO et al., 2015).

Atuar na parte de prevenção da doença cárie, ensinando às crianças a importância de um dente saudável e as técnicas para uma boa escovação, foi a prioridade do teatro (Figura 36). Então, com ajuda de mais dois palhaços, eram apresentadas às crianças modelos lúdicos de uma escova de dentes, pasta de dentes e uma caixa de fio dental. Depois disso, eram apresentadas às crianças três novos personagens no teatro, o dente saudável, o dente cariado e a cárie. A colega caracterizada de cárie explica às crianças que gosta muito dos dentes de quem come muitos doces e não os escova. Assim, logo após a apresentação dessas personagens e dos modelos era iniciada uma demonstração da técnica de escovação em uma grande boca de papelão e cartolina presente no cenário. Além da escovação eram também ensinado o uso do fio dental e a importância e técnica de escovação da língua.

Figura 36 - Apresentação do teatro na CAIC em Lavras.



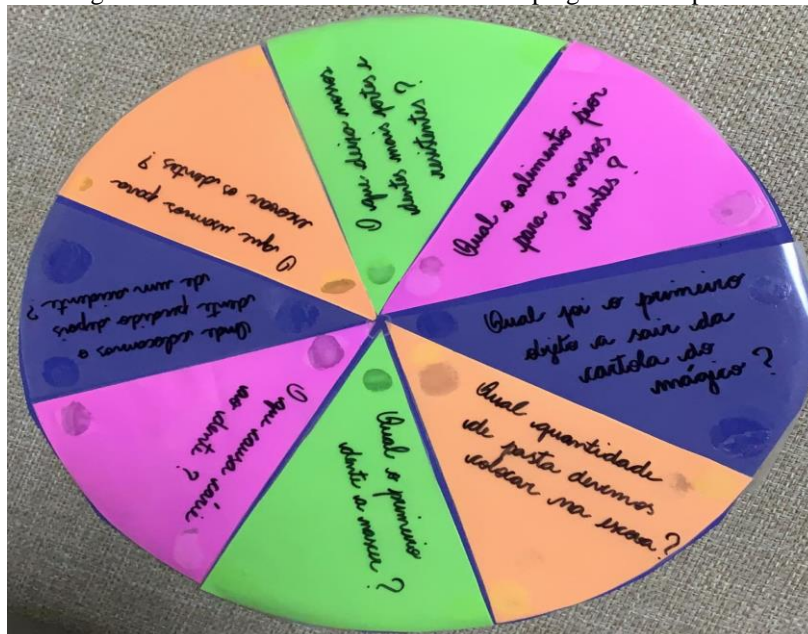
Fonte: arquivo pessoal do autor (2019).

Ao chegar na parte em que era abordado o tema de troca de dentes e a erupção do molar permanente, duas colegas, caracterizadas como dentes, encenavam uma despedida do dente decíduo e a chegada de um permanente, ensinando inclusive a idade em que normalmente ele aparece e o nome do dente, primeiro molar permanente, explicando que este, o permanente, vai ficar para sempre na boca deles e que era muito importante os cuidados dos novos dentes que aparecem na boca.

Pela experiência nas apresentações ficou claro que muitas crianças mal sabiam as diferenças entre dentes decíduos e os permanentes, apenas tinham o conhecimento que “um caía e outro nascia”. Enfatizamos a importância e necessidade de cuidar do primeiro molar permanente, visto que é o primeiro na sequência de erupção da dentição permanente. Cuidando do primeiro dente permanente que aparece na boca das crianças, acreditamos que os exemplos de cuidado com este seriam levados aos demais permanentes ainda por vir.

Ao final do teatro era realizada uma brincadeira de perguntas e respostas baseada em uma roleta presente no cenário (Figura 37). As perguntas variam desde o que é necessário para realizar uma boa escovação, o que fazer quando sofre uma queda e ocorre avulsão dentária, com quantos anos aparece o primeiro dente permanente e qual o nome dele.

Figura 37 – Roleta usada na brincadeira de perguntas e respostas



Fonte: Acervo pessoal do autor (2019).

Após as perguntas era apresentado um truque de mágica onde o mágico e apresentador do circo retira da cartola o que é necessário para uma escovação, sendo elas: a escova de dentes, pasta de dentes e o fio dental (Figura 38). Então, a apresentação era encerrada com uma música (paródia) sobre escovação, já citada anteriormente.

Figura 38 - Apresentação do truque de mágica na CAIC em Lavras



Fonte: Acervo pessoal do autor (2019)

2.5.1.3 O papel do lúdico na transmissão de conhecimento

Ao decorrer das apresentações me chamou muito a atenção o comportamento das crianças diante das atividades propostas pelo teatro, era óbvia a atenção delas ao decorrer de toda a apresentação, mas durante as atividades que envolviam alguma brincadeira, ou até mesmo um truque de mágica, via-se nitidamente um maior interesse e disposição das crianças em participar. Assim o lúdico me abriu os olhos para uma maior possibilidade de comunicação com as crianças, que eram o público alvo do teatro.

A capacidade de brincar possibilita às crianças um espaço para resolução dos problemas que as rodeiam. A literatura especializada no crescimento e no desenvolvimento infantil considera que o ato de brincar é mais que a simples satisfação de desejos. O brincar é o fazer em si, um fazer que requer tempo e espaço próprios; um fazer que se constitui de experiências culturais, que são universais, e próprio da saúde porque facilita o crescimento, conduz aos relacionamentos grupais, podendo ser uma forma de comunicação consigo mesmo e com os outros (DALLABONE; MENDES, 2004, p.109).

Sabemos que uma boa higiene oral se dá por meios do que podemos chamar de uma rotina, com atividades e horários fixos já estabelecidos, essa rotina muitas vezes nada agrada

às crianças que ainda não se conscientizaram da importância da saúde bucal e nem com a ideia de manter uma rotina. Buscam sempre uma aventura, algo novo, algo que os tire do tédio, e seguir uma rotina, com certeza, está fora desses parâmetros.

Contudo, a brincadeira é quase sempre recebida por elas com grande entusiasmo, esse é um papel fundamental do lúdico na promoção de saúde para as crianças, pois dificilmente compreenderiam ou até teriam a disposição de aprender se não fosse pelo lúdico. Pouco é absorvido por elas se explicado, mesmo com paciência, do modo convencional, pode-se explicar sim, a importância de uma boa saúde bucal, a necessidade da escovação, porém as chances de cativar e tornar a promoção de saúde interessante para elas são mais baixas. Nas experiências que tive lidando com esse público, as crianças, o brincar com certeza é o mais proveitoso.

De acordo com Bulhões (2015), através das brincadeiras onde é usada dramatizações, as crianças desenvolvem suas escolhas, seus companheiros e os papéis que irão assumir na sociedade ou em um determinado momento de suas vidas. Por meio do lúdico criado por cada criança, são acionados seus pensamentos para a decisão de problemas que lhe são importantes. Com a evolução da brincadeira, é construído um espaço no qual as crianças podem experimentar o mundo e internalizar uma compreensão a partir de seu próprio ponto de vista sobre as pessoas, os sentimentos e os vários conhecimentos.

As vantagens do lúdico no ensino foi percebida também pelos alunos, segundo a pesquisa feita pela Universidade Estadual do Piauí, apresentado em 2014, os alunos viram grande vantagem na aplicação do método lúdico para o ensino. Foram avaliados 25 alunos, a atividade foi um jogo da memória. A atividade baseada na brincadeira alcançou bons resultados com a melhora no desempenho das crianças, reforçando a ideia de que o lúdico é um caminho muito bom a se trilhar acerca da transmissão do conhecimento.

Nas atividades do teatro as vantagens são bem nítidas, quando comparando as explicações mais técnicas e técnicas às atividades de brincadeiras. Além do maior interesse das crianças em participar das brincadeiras, era bem claro que a informação parecia chegar de uma maneira mais tranquila e assim tende a se fixar melhor na memória das crianças.

O método lúdico é bem visto também pelos educadores, que observam significativa melhora na aprendizagem de seus alunos com a utilização do método principalmente nas crianças com necessidades especiais. Carla Roberto Teixeira Carneiro, da Escola Superior de

Educação João de Deus, Lisboa, realizou em 2012, pesquisa com 103 professores sobre a visão deles acerca do método lúdico como ferramenta de ensino às crianças com necessidades especiais. Os professores e professoras que participaram da pesquisa julgaram como indispensável o método lúdico para passar conhecimento aos seus alunos.

Pela minha própria experiência apresentando o teatro e realizando escovação supervisionada com as crianças é nítida a vantagem do método lúdico como ferramenta de transmissão de conhecimento, principalmente para as crianças, pois a brincadeira e a fantasia são congênitos do ser humano e é muito transparente na infância. Se comunicar com as crianças em uma linguagem em que elas se sentem mais confortáveis, mais inclinadas a aprender é de grande vantagem para nós, que precisamos passar conhecimento para elas.

É seguro dizer que desde a proposta da atividade pela professora Márcia de Fátima Soares na disciplina de Promoção de saúde II e posteriormente com o seguimento do teatro como um projeto aprendi muito não só sobre a Odontologia preventiva, prevenção e promoção de saúde mas também aprendi a lidar melhor com as crianças e esse ensinamento pretendo carregar por toda minha vida profissional e pessoal.

3 AUTOAVALIAÇÃO

3.1 Autoavaliação da aluna Clara Lis Silva Oliveira

Acredito que somos movidos por sonhos e querer cursar uma faculdade é grande parte dos meus. Durante o ensino médio as especulações começaram e o questionamentos sobre o que faria após concluir o último ano escolar tornou-se mais frequente. A única resposta que tinha era o desejo de poder ajudar o outro e diante de tantas opções na área da saúde, comecei a ver a Odontologia com outros olhos.

A decisão de cursar Odontologia foi um grande passo que tomei. O medo fez parte de todo processo de escolha, assim como no decorrer destes cinco anos de faculdade. Precisei ter coragem, abandonar medos e fazer coisas que eu imaginava ser incapaz.

O primeiro ano de faculdade e a timidez caminharam juntos, algo que foi difícil, mas extremamente necessário ser deixado para trás. Além da timidez, a dificuldade de conversar e me expressar, também foram barreiras duras de serem encaradas, mas conforme o desenvolvimento pessoal e com a ajuda de grandes mestres também ficaram no passado.

A oportunidade de presenciar os atendimentos de alguns alunos durante o início do curso foi fundamental para gerar em mim grandes perspectivas de como seria os próximos anos, além de diminuir o medo e as incertezas que me rodeavam.

Inúmeros conhecimentos foram passados e a cada período me vi mais ligada a Odontologia. Ela nos possibilita cuidar do ser humano não só fisicamente, mas também de alma e percebi que através dela conseguiria a desejada realização profissional.

A Odontologia e sua grande abrangência me mostrou que sempre é possível ir além e foi com o Projeto Amigos do Sorriso que aprendi um pouco mais sobre a importância de saber ouvir, aconselhar, ser paciente e principalmente colocar-se no lugar do outro. Sou extremamente grata por este projeto, aos integrantes do grupo, que juntos aprendemos e nos tornamos seres humanos melhores, e também a professora Márcia de Fátima Soares, que cultivou em nosso grupo o desejo de sermos bons cirurgiões dentistas que saibam dar o devido valor a Odontologia Preventiva.

Para o exercício digno da profissão é necessário empatia, zelo, dedicação, amor, muito conhecimento e conciliar toda a teoria. Colocar em prática todo os ensinamentos não foi algo tão simples, principalmente quando algo inesperado acontecia. Durante estes momentos

precisei lidar com frustrações e entender que na Odontologia nem sempre o que planeja vai de fato acontecer.

A Odontologia é fantástica, uma profissão encantadora. Ela nos permite devolver sorrisos e elevar autoestimas. Sinto que sou privilegiada por ter a chance de cuidar das pessoas, além do sentimento de gratidão por saber que estou cumprindo o meu propósito.

Nesta etapa final da graduação olhar por todo o caminho percorrido e poder notar tamanha evolução pessoal é gratificante. Sinto-me extremamente feliz com a pessoa que tornei. Cresci, amadureci e vivi diversas situações que serviram de grandes aprendizados não só profissionais mais também pessoais. Hoje consigo entender que todo o medo e insegurança durante a graduação foram fundamentais para o meu desenvolvimento. Aprendi que são sentimentos importantes e que sou capaz de controlá-los.

Deixo claro todo o meu respeito por cada vida que se deita em minha cadeira, me sinto responsável por fazer o melhor que possa ser feito para cada paciente. A Odontologia me transformou e espero que como futura cirurgiã dentista consiga transformar vidas.

Com o coração transbordado de gratidão, agradeço a Deus por sempre estar do meu lado não deixando que desistisse deste grande sonho. Encerro mais um ciclo, desta vez realizada e preparada para os próximos desafios nesta jornada odontológica.

3.2 Autoavaliação do aluno Gabriel Spuri Silvestrini

O sorriso é parte mais pura do ser humano, e eu como admirador de sorriso, não me vejo em outra área além da Odontologia. Em um determinado dia, me deparei com uma frase que achei bastante profunda e interessante, dita por um poeta chamado Mário Quintana, que carregarei pra sempre comigo: “Quero sempre poder ter um sorriso estampado em meu rosto, mesmo quando a situação não for alegre ou favorável. E que esse meu sorriso consiga transmitir paz para aqueles que estiverem ao meu redor.”

Há 5 anos, em 2017, ingressei no curso de Odontologia no UNILAVRAS, não imaginava em minha mente essa incrível evolução que passei, tanto como profissional quanto pessoal. Poder lidar com diversas pessoas naquela cadeira, e aprender com os diferentes tipos de pensamentos é muito gratificante, além de poder solucionar problemas.

Foi um período de máximo aprendizado que levarei eternamente comigo. Conheci muitas pessoas, fiz muitas amizades e passei muito tempo ao lado de professores incríveis, que sempre me ajudaram e deram conselhos produtivos para minha evolução. Pude observar no final, que cada disciplina, em si, teve um papel fundamental para minha carreira acadêmica. São disciplinas bases, que sem elas, não conseguimos chegar até aqui.

Agora que estou próximo a me tornar um Cirurgião Dentista, estou muito realizado e satisfeito com minha escolha. Sou muito feliz pela minha profissão e não me vejo fazendo outra. O amor cresce a cada paciente que atendo, a cada caso clínico que realizo.

A Odontologia é uma profissão bastante complexa, mas ao mesmo tempo, é maravilhosa. Devolver a autoestima para as pessoas não tem preço, e ao mesmo tempo, remover aquela dor nos ensina a ser mais humanos, independentemente de sua cor ou de sua crença

Desde o meu primeiro período, na disciplina de Estágio Supervisionado, onde tive o contato pela primeira vez com as especialidades, me encantei com a Cirurgia. Importante é sempre se dedicar em cada uma, sendo que uma completa a outra, mas nesse caminho tive mais afinidade pela Cirurgia.

A realização desse caso me trouxe muitos desafios, mas ao mesmo tempo, consegui uma motivação grandiosa para realiza-la, visto que foi minha primeira biópsia, juntamente com a professora Natália Galvão Garcia, que com certeza foi a principal pessoa que me apoiou e contribuiu para o sucesso do caso.

Quando nos responsabilizamos a tratar de uma pessoa, é fundamental que ela se sinta segura o tempo todo, e durante o procedimento foi o maior desafio, visto que o paciente era bastante nervoso e ansioso. Foi muito gratificante saber que, de alguma forma, contribuí para melhorar autoestima do paciente. E, após 12 meses, quando o paciente retornou muito satisfeito pelo resultado e sem nenhuma recidiva da lesão, fiquei bastante feliz e motivado para continuar a fazer o bem para as pessoas.

3.3 Autoavaliação do aluno Hian Prudêncio Machado

Minha trajetória durante esses cinco anos foi intensa e inovadora. Nos primeiros períodos de faculdade, o sentimento de euforia esteve presente em mim e apoiado nisso, depus grandes expectativas em relação à graduação. Apesar desse sentimento ainda se fazer presente, com o andamento da faculdade me deparei com inúmeros obstáculos que na maioria das vezes vieram acompanhados de frustrações e inseguranças, sobretudo quando provindos de procedimentos práticos não realizados da forma que esperava.

Mesmo receoso, o contato com os pacientes me fizeram ter absoluta convicção de que havia feito a escolha certa. Com a satisfação que apresentavam decorrente da resolução de problemas que os incomodavam, sejam eles funcionais ou estéticos, juntamente com a confiança que depositavam no atendimento prestado, me fizeram perceber quão bonita é a Odontologia. E, como consequência disso, somada a novas experiências com novos pacientes, fui capaz de adquirir maturidade, confiança e motivação na prática clínica.

Por intermédio da disciplina de Promoção de Saúde I e II, adquiri uma nova visão sobre o curso: a Odontologia preventiva. Com isso, meu pensamento que anteriormente se concentrava em corrigir uma situação foi aos poucos se moldando em um pensamento focado em evitar tal situação. Ainda dentro da disciplina, mediante ao teatro Circo do Sorriso apresentado nas escolas, pude começar a compreender a importância de levar informações de saúde bucal para as pessoas, o que foi de fato afirmado com a extensão do teatro para o projeto Amigos do Sorriso.

O projeto Amigos do Sorriso foi uma vivência excepcionalmente prestigiosa e indispensável na minha formação. Com ênfase em atividades preventivas em escolas, creches, asilos e comunidades mais carentes da cidade de Lavras, o projeto me fez evoluir consideravelmente no contexto pessoal. A cada atividade que era realizada, me deparava com situações completamente distintas da minha realidade, as quais incluem o quadro de uma família inteira que usava apenas uma escova dental e o caso de uma senhora que higienizava sua prótese total com a mesma escova que lavava suas roupas. Em razão disso e de outras circunstâncias vivenciadas, ao fim do projeto me percebi uma pessoa integralmente diferente de como era no início da graduação. Além de evoluir consideravelmente nas minhas adversidades como a timidez e comunicação, entendi a verdadeira relevância de se praticar a empatia, de se colocar no lugar do outro, de criar vínculos e até mesmo de valorizar as amizades e as pessoas que nos rodeiam.

Para ter melhores resultados na Odontologia é necessário um bom conhecimento teórico, seguido de um bom treinamento prático e foi justamente buscando aprimorar essas duas variáveis que consegui superar grande parte das minhas dificuldades. Hoje, consigo perceber que os problemas e incertezas presentes no decorrer do curso impactaram positivamente na minha formação, uma vez que através deles consegui crescer tanto na teoria quanto na prática, além de que, aprender a lidar com esses impasses me conscientizou quanto ao fato de que nunca devemos desistir perante as insatisfações.

Próximo de concluir essa etapa acadêmica vale a reflexão de como a Odontologia tem influência na qualidade de vida e autoestima dos indivíduos. Fazendo um paralelo com o cenário atual da pandemia do COVID-19, é gratificante saber que através das nossas intervenções podemos devolver sorrisos e alegria aos pacientes, mesmo que momentaneamente. Acredito que, a junção da dedicação científica e técnica com uma forma mais humanizada e afetuosa de atendimento possibilita prestar nosso melhor serviço e em função disso prevenir, promover e reestabelecer a saúde bucal das pessoas.

3.4 Autoavaliação do aluno Marcos Coelho Costa

Sempre fui uma criança que sempre pensou que tudo tem seu lugar no mundo e descobri o meu na Odontologia. O prazer de ter compartilhado conhecimento com meu pai, até mesmo instrumentais de sua graduação, me trouxe um grande conforto e confiança de que estou seguindo meu caminho e meu lugar.

Ao longo da minha vida, sempre fui uma pessoa que gosta de ajudar os outros, principalmente em momentos difíceis. Durante o curso pude perceber como um profissional da saúde pode atingir diversas camadas da sociedade e abrangendo essa possibilidade de ajudar aos outros.

Durante o período escolar, sempre demonstrei interesse na biologia, em como o corpo do ser humano e de diversos outros animais funcionam. Dessa forma, pensei em fazer vestibular para Medicina em Barbacena, mas logo percebi que não era algo em que eu teria gosto de trabalhar como a Odontologia. Então, fiz o vestibular do Unilavras e foi uma das melhores escolhas da minha vida, por ter conhecidos amigos maravilhosos e professores super capacitados e inteligentes, ambos vou levar para o resto da minha vida.

3.5 Autoavaliação do aluno Sthefan Reis Botelho Fonseca

Em contato com a profissão desde sempre, por ser filho de dentista, sempre me senti muito atraído pela ideia de cuidar da saúde bucal dos meus iguais. Enquanto criança lembro-me do meu pai que ainda frequentava o curso de Odontologia, também no UNILAVRAS, lembro-me dele vestindo branco, memórias dele estudando para provas, algumas memórias de conhecer alguns de seus colegas de classe e até uma vaga lembrança de ser atendido por ele na disciplina de Clínica Infantil.

Já fui matriculado, antes desta oportunidade, no curso de Odontologia do UNILAVRAS em 2009, assim que me formei no ensino médio, porém no ano citado fui selecionado para o serviço militar obrigatório e por conta dos atrasos para as aulas e serviços a serem prestados no quartel me senti desmotivado a continuar no curso pois perdia sempre as duas primeiras aulas do período da manhã e algumas do período da tarde, devido a obrigações que tinha com o serviço militar. Recordo-me de não ter chegado a concluir o primeiro semestre.

Depois de concluir o serviço militar, decidi me mudar para Alfenas para cursar Agronomia, após seis meses de curso fui aprovado na UFLA e então voltei para Lavras. Cheguei a cursar cinco períodos de Agronomia na UFLA, mas não me sentia satisfeito com o curso escolhido e resolvi abandonar. Depois de trancar minha matrícula na UFLA tive a sensação de estar perdido, sem saber qual rumo tomar. Depois de meses considerando algumas opções de curso, lembrei-me do meu interesse pela biologia, citologia, anatomia, fisiologia e histologia, assim como o interesse de cursar algo diretamente relacionado com saúde e decidi voltar para a Odontologia.

Ingressei novamente no curso de Odontologia no UNILAVRAS em 2017, pela quarta vez começando um curso. Pela primeira vez em anos me senti motivado ao estudo, à compreensão do funcionamento de estruturas celulares, enquanto fazia amizades que mantenho nos dias de hoje e tenho a certeza de que vou carregar por toda vida. Depois disso, o curso foi entrando em áreas mais práticas, onde de fato o aluno se envolve nos cuidados práticos da saúde bucal, no tratamento cirúrgico-restaurador e na prevenção e promoção de saúde.

Hoje posso dizer que me sinto realizado, feliz e satisfeito com o curso escolhido. Não me sinto em nada prejudicado pelas minhas escolhas e renúncias, pois elas me trouxeram até

onde estou, se não fosse por elas provavelmente não teria a oportunidade de ser lecionado pelos bons professores que tive, ter a confiança de meus pacientes e de estar numa classe onde pude fazer tantas amizades. Para o futuro, espero continuar ainda por muitos anos nessa profissão escolhida para que eu possa tratar da saúde de meus pacientes com humanidade e empatia e para a transmissão de conhecimentos, assim como me foi passado, com responsabilidade, atenção e competência pelos professores da instituição.

4 CONCLUSÃO

Perto de finalizar essa importante e essencial etapa e refletirmos sobre todo o caminho percorrido até aqui, é notável o nosso amadurecimento nos âmbitos pessoal e profissional. Durante esse percurso, conseguimos perceber que a Odontologia vai muito além de dentes, uma vez que, muitas das vezes, lidamos com situações psicológicas e emocionais dos pacientes. Sendo assim, certifica-se a necessidade de compreender, entender e analisar todos os pacientes de forma íntegra para assim entregar o nosso melhor desempenho de acordo com as diferenças e necessidades de cada caso.

A empatia nada mais é que a capacidade de se identificar com outra pessoa, ou seja, se colocar no lugar do próximo. Empregar a empatia dentro da Odontologia é imaginar qual tratamento, procedimento, informações e situações, gostaríamos que se passassem conosco quando sentados em uma cadeira odontológica. Pensando dessa maneira, é possível prestar seu melhor atendimento respeitando as particularidades de cada paciente.

Carregamos o sentimento de gratidão a cada ensinamento que nos foi passado com o decorrer da graduação. A trajetória até o final do curso foi repleta de altos e baixos, alegrias e tristezas, momentos estressantes e sutis, mas que juntos nos proporcionaram grandes evoluções, nos preparando para a metamorfose de aluno para profissional.

Dessa maneira, as expectativas para a vida profissional são altas, porém conscientes e realistas. Acreditamos que todo o conhecimento prático e teórico adquiridos até aqui foram fundamentais para a formação acadêmica de cada um de nós. O anseio acompanha cada início de um novo ciclo, contudo a perseverança para desempenhar nosso melhor trabalho persiste. Encerramos essa etapa certos de que se empregarmos a bagagem de aprendizado que nos foi concedida, conseguiremos nos tornar profissionais capacitados a entregar o melhor serviço, devolvendo qualidade de vida e autoestima para todos aqueles que nos procurarem e em consequência disso, o alcance da nossa própria realização profissional.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALBERT, D. A. et al. Diabetes and oral disease: implications for health professionals. **Annals of the New York Academy of Science**, v.1255, p.1-15, may, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22409777/> Acesso em: 15 jun. 2021.

ALBUQUERQUE, C M. et al. Principais técnicas de controle de comportamento em odontopediatria. **Arquivos em Odontologia**, v.45, n.2, p.110-115, abr./jun., 2010. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v46n2/a08v46n2.pdf> Acesso em: 20 jun. 2021.

ALMEIDA, B. B. Condições periodontais em portadores de Diabetes mellitus atendidos no Centro de Referência Sul Fluminense de Diabetes e Hipertensão de Vassouras-RJ. **Brazilian Journal of Periodontology**, v.24, n.4, p.14-23, Dec., 2015. Disponível em: http://www.interativamix.com.br/SOBRAPE/arquivos/2015/dezembro/REVPERIO_DEZ_2015_PUBL_SITE_PAG-14_A_23.pdf Acesso em: 02 jun. 2021.

ALVES, C. et al. Mecanismos Patogênicos da Doença Periodontal Associada ao Diabetes Melito. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v.51, n.7, p.1050-1057, out., 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/mhBhwkvsjcTnBDDzFD93tND/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 10 jun. 2021.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes – 2021. **Diabetes Care**, v.44, n.1, p.515-533, Jan., 2021. Disponível em: https://care.diabetesjournals.org/content/44/Supplement_1/S15.full-text.pdf Acesso em: 10 jun. 2021.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2019. **Diabetes Care**, v.42, n.1, p.513-528, Jan., 2019. Disponível em: https://care.diabetesjournals.org/content/42/Supplement_1/S13.full-text.pdf Acesso em: 10 jun. 2021.

AMORIM, A. A. **Periodontite**: Relato de Caso. 2018. 22f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia da UFU, Universidade Federal de Uberlândia. 2018. Disponível em: <http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/23205/3/PeriodontiteRelatoCaso.pdf> Acesso em: 12 jun. 2021.

AMORIM, H. P. de L. et al. A importância do preenchimento adequado dos prontuários para evitar processos em Odontologia. **Arquivos em Odontologia**. Belo Horizonte, v.52, n.1, p.32-37, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/3686-Texto%20do%20artigo-12306-1-10-20160614.pdf> Acesso em: 21 mai. 2021.

ARAÚJO, M. G. et al. Alveolar socket healing: what can we learn? **Periodontology 2000**, v.68, n.1, p.122–134, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/prd.12082> Acesso em: 11 jul. 2021.

ASSUNÇÃO, L. R. da S. et al. Epidemiologia da cárie dentária em crianças da primeira infância no município de Belém, PA. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v.69, n.1, jan./mar., 2015. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-52762015000100012 Acesso em: 20 jun. 2021.

ATA-ALI, J. et al. . **Oral mucocele: review of the literature. Journal of Clinical and Experimental Dentistry**. Valencia, v.2, n.1, p.18-21, Dec., 2010. Disponível em: <http://www.medicinaoral.com/odo/volumenes/v2i1/jcedv2i1p18.pdf> Acesso em: 05 jun. 2021.

AZEVEDO, C. P.; BARCELOS, R.; GUIMARÃES PRIMO, L. Variabilidade das técnicas de tratamento endodôntico em dentes decíduos: uma revisão de literatura. **Arquivos em Odontologia**, v.45, n.1, p.37-43, jan./mar., 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/3493/2266> Acesso em: 05 jun. 2021.

BAIERLE, S. S. **Efeito do tratamento periodontal em pacientes portadores de Diabetes mellitus**: Revisão de Literatura. 2020. 25f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Santa Cruz do Sul. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/3028/1/Sthefanny%20Severo%20Baierle.pdf> Acesso em: 10 jun. 2021.

BARASUOL, Jéssica Copetti et al. Abordagem de pacientes com ansiedade ao tratamento odontológico no ambiente clínico. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v.70, n.1, p. 76-81, 2016. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0004-52762016000100013&script=sci_arttext Acesso em: 10 jun. 2021.

BARBOSA, K. G. N. A complexa relação entre diabetes mellitus e doenças periodontais. **Clínica e Pesquisa em Odontologia - Unitau**, v.5, n.1, p.65-71, 2013. Disponível em: <http://periodicos.unitau.br/ojs/index.php/clipeonodonto/article/view/1434/1241> Acesso em: 14 jun. 2021.

BARCELOS, B. A. Análise comparativa da condição de dentes pilares de próteses parciais removíveis intercaladas e de extremidades livres. **Revista Odontológica do Brasil Central**, Goiania, v.21, n.61, p.69-72, 2013. Disponível em: <https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/693/679> Acesso em: 10 jul. 2021.

BARROS, A. C. R. **Avulsão e Reimplante Dental**: conhecimento dos socorristas do samu de municípios do recôncavo da Bahia. 2020. 55f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira, Bahia. Disponível em: <http://famamportal.com.br:8082/jspui/bitstream/123456789/2116/1/Odontologia%20-%20ANA%20CEC%20c3%8dLIA%20REIS%20DE%20BARROS.pdf> Acesso em: 13 jul. 2021.

BESSA, L. A. S.; MACIEL, R. M. A Importância da Psicomotricidade no Desenvolvimento das Crianças nos Anos Iniciais. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. v.12, p.59-78, dez., 2016. Disponível em:

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/criancas-nos-anos-iniciais> Acesso em: 10 jun. 2021.

BEZERRA, T. M. et al. Epidemiological survey of mucus extravasation phenomenon at an oral pathology referral center during a 43 year period. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v.82, n.5, p. 536-542, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.09.013> Acesso em: 20 maio 2021.

BORO, A. A. **Desenvolvimento de ferramenta áudio-visual para condicionamento de comportamento positivo de crianças ao atendimento odontológico**. 2016. 57f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Ciências Odontológicas aplicadas na Oodontopediatria. Universidade de São Paulo, Bauru, 2016. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25145/tde-05092016-154728/publico/AndreAntunesBoro_Rev.pdf Acesso em; 10 jun. 2021.

BRANDÃO, B. A. et al. Importância de um exame clínico adequado para o atendimento odontológico. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Alagoas, v.5, n.1, p.77-88, nov., 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/5681> Acesso em 21 mai. 2021

BRAZAO-SILVA, M. T.; CARVALHO, B. O.; PINTO, R. A. **A biópsia na prática odontológica: Revisão de Literatura**. **Revista da ACBO**, Montes Claros v.7, n.3, p.197-203, set., 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/429-796-1-PB.pdf> Acesso em: 15 jun. 2021.

BULHÕES, J. L. da S. **O lúdico na educação infantil e sua relevância para a alfabetização: uma abordagem psicopedagógica**. 2015. 29F. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicopedagogia) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. Disponível em; <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/1232/1/JLSB20092016> Acesso em: 26 jul. 2021.

CAMPOS, C. de C. et al. **Clínica Odontológica Infantil: passo a passo**. Goiânia: UFG/FO/FUNAPE, 2010.

CÁRDENAS, M. G. S. **Diabetes Mellitus e Doença Periodontal**. 2018. 28f. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto-Portugal, 2018. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/7475/1/PPG_36841.pdf Acesso em: 15 jun. 2021.

CARDOSO, C. L.; LOUREIRO, S. R. Problemas comportamentais e stress em crianças com ansiedade frente ao tratamento odontológico. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.22, n.1, p.5-12, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/gfhyQhqWZKcNqVJmXfFKfLt/?lang=pt> Acesso em: 10 jun. 2021.

CARNEIRO, C. R. T. **A Percepção dos professores sobre a importância da atividade lúdica na Educação Especial**. 2012. 150f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) – Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa, Portugal. Disponível em:

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/2596/1/CarlaCarneiro.pdf> Acesso em: 27 jun. 2021.

CASTILHO, A. R. F. et al. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.89, p.116-123, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/12805/1/S0021-75572013000200003.pdf> Acesso em: 05 jun. 2021.

CHOI, Y.J. et al. **Identification of predictive variables for the recurrence of oral mucocele**. **Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal**, v.24, n.2, p.231-235, Mar., 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6441602/> Acesso em: 05 jun. 2021.

COELHO, S. K. do N. A utilização dos anestésicos locais em odontologia: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.13, n.1, p. e5402, jan., 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5402/3441> Acesso em: 15 jun. 2021.

COUTINHO, S. M. G.; COSTA JUNIOR, A. L.; KANITZ, S. Manejo de variáveis psicológicas no tratamento do câncer em crianças: algumas contribuições da psiconeuroimunologia. **Estudos de Psicologia**, v.17, p.33-42, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/HXg3J43M8b3YVN4JJdHtvVS/abstract/?lang=pt> Acesso em: 05 jun. 2021

CRUZ, F. L. G. et al. **Diagnóstico diferencial de hemangioma por meio da vitropressão**. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.59, n.1, p.125-129, jan./mar., 2011. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372011000100018 Acesso em: 10 jun. 2021.

DALLABONA, S. R.; MENDES, S. M. S. O lúdico na educação infantil: jogar, brincar, uma forma de educar. **Revista de Divulgação Técnico-Científica do ICPG**, v.1, n.1, p.107-112, 2004. Disponível em: https://www.inesul.edu.br/professor/arquivos_alunos/doc_1311627172.pdf Acesso em: 15 jun. 2021.

DOURADO, E. et al. Análise comparativa entre suturas convencionais e adesivos à base de 2-octilcianoacrilato: revisão de literatura. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, Camaragibe v.5, n.1, p.15-20, jan./mar., 2005. Disponível em: <https://www.revistacirurgiabmf.com/2005/v5n1/pdf%20v5n1/artigo%2002.pdf> Acesso em: 20 jun. 2021.

EPHROS, H.; KLEIN, R.; SALLUSTIO, A. Preprosthetic Surgery. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America**, v.27, n.3, p.459-472, 2015. Disponível em: <https://sci-hub.se/10.1016/j.coms.2015.04.002> Acesso em: 05 jul. 2021.

FERREIRA, M. A. F. **Odontologia preventiva na primeira infância**: uma alternativa para se evitar o medo e ansiedade relacionados ao tratamento odontológico. 2012. 49f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto, MG. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3807.pdf> Acesso em: 12 jun. 2021.

GAMA, T. S. et al. Perfil do medo apresentado por crianças frente ao tratamento odontológico. **Uningá Review Journal**, v. 29, n.3, p.23-27, jan./mar., 2017. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1973/1569> Acesso em: 05 jun. 2021.

GODÓI, L. R. **A importância da música na educação infantil**. 2011. 36f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina. Disponível em: <https://www.educaretransformar.net.br/wp-content/uploads/2017/03/A-importancia-da-m%C3%BAsica-na-ed.-infantil.-pdf.pdf> Acesso em: 15 jul. 2021.

GRAZIANI, F. A systematic review and meta-analysis of epidemiologic observational evidence on the effect of periodontitis on diabetes An update of the EFP-AAP review. **Journal of Clinical Periodontology**, v.45, n.2, p.167-187, Feb., 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29277926/> Acesso em: 10 jun. 2021.

ISLAS GRANADOS, M. del R.; ÁNGELES, E. de la T.; AGUIRRE, A. H. Manejo estomatológico del paciente con púrpura trombocitopénica idiopática (PTI). Reporte de um caso. **Revista Odontológica Mexicana**, Cidade do México, v.16, n.1, p.53-57, ene./mar., 2012. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2012000100008 Acesso em: 10 jul. 2021

JARDIM, J. C. M.; CORTELLI, J. R. Avaliação dos mecanismos de cicatrização de feridas periodontais em pacientes diabéticos e não diabéticos. **Brazilian Journal of Periodontology**, v.29, n.3, p.35-42, 2019. Disponível em: http://www.interativamix.com.br/SOBRAPE/arquivos/2019/setembro/REVPERIO_SETEMBRO_2019_PUBL_SITE_PAG-35_A_41%20-%2017-10-2019.pdf Acesso em 10 jun. 2021.

KLATCHOIAN, D. A.; NORONHA, J. C.; TOLEDO, O. A. Adaptação comportamental do paciente odontopediátrico. In: MASSARA, M. L.; RÉDUA, P. C. **Manual de Referência para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria**. 2.ed. São Paulo: Santos, 2013. p.49-71.

KRAMER, P. F.; FARACO JÚNIOR, I. F.; FELDENS C. A. Estado atual da terapia pulpar nas universidades brasileiras: pulpotomia e pulpectomia em dentes decíduos. **JBP Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 222-230, maio/jun., 2000. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=261891&pid=S0104-5695201000040000200021&lng=en Acesso em: 05 jun. 2021.

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

LIMA, T. R. et al. Perda dentária e doença periodontal associada ou não a condições sistêmicas – Revisão de Literatura. **Brazilian Journal of Periodontology**, v.19, n.2, p.31-42, Jun., 2019. Disponível em: http://www.interativamix.com.br/SOBRAPE/arquivos/2019/junho/REVPERIO_JUNHO_2019_PUBL_SITE_PAG-31_A_42%20-%2026-07-2019.pdf Acesso em: 08 jun. 2021.

LÕE, H. Periodontal Disease: The sixth complication of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v.16, n.1, p.329-334, Jan., 1993. Disponível em:

<https://care.diabetesjournals.org/content/16/1/329> Acesso em: 12 jun. 2021.

LOPES, L. M. et al. Indicadores e fatores de risco da cárie dentária em crianças no Brasil – uma revisão de literatura. **Revista de Odontologia**, Passo Fundo, v.19, n.2, maio/ago., 2014.

Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-40122014000200021&script=sci_arttext Acesso em: 10 jun. 2021.

MAIA, M. B.; COSTA, G. S.; SILVA, K. C. F. Associação entre diabetes mellitus e doença periodontal. **Intercâmbio**, v.10, p.181-198, 2017. Disponível em:

<http://www.intercambio.unimontes.br/index.php/intercambio/article/viewFile/185/196> Acesso em: 05 jun. 2021.

MARTINEZ, A. B.; CORCUERA, M.M.; ILUDAIN, J.B. Diabetes and periodontitis: A bidirectional relationship. **Medicina Clínica**, v.145, n.1, p.31-35, jul., 2015. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2387020615003587> Acesso em: 11 jul.2021.

MATOS, L. B.; FERREIRA, R. B.; VIEIRA, L. D. S. Manejo de comportamento em crianças com ansiedade e estresse em clínica de Odontopediatria. **Revista de Odontologia do Planalto Central**, v.4, n.1, p.18-24, jun./nov.,2018. Disponível em:

https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/147/1/Letycia_Braz_0005027.pdf Acesso em: 10 jun. 2021.

MEALEY, B. L.; OCAMPO, G. L. Diabetes mellitus and periodontal disease. **Periodontology** **2000**, v.44, p.127-153, 2007. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0757.2006.00193.x> Acesso em: 10 jun. 2021.

MOTA, L. de Q.; FARIAS, D. B. L. M.; SANTOS, T. A. dos. Humanização no atendimento odontológico: acolhimento da subjetividade dos pacientes atendidos por alunos de graduação em Odontologia. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v.48, n.3, p.151-158, 2016.

Disponível em:

<https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/3605/2370> Acesso em: 29 jun. 2021.

NASCIMENTO, G. G. et al. Does diabetes increase the risk of periodontitis? A systematic review and meta-regression analysis of longitudinal prospective studies. **Acta Diabetológica**, v.55, n.7, p.653-667, jul., 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29502214/>

Acesso em: 12 jul.2021.

NELSON, R. G. et al. Periodontal disease and NIDDM in Pima Indians. **Diabetes Care**, v.13, n.8, p.836-840, Aug., 1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2209317/>

Acesso em: 10 jun. 2021.

NEVES, L. E. de M. et al. Abordagem cirúrgica para mucocèle de tamanho atípico: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, v.9, n.2, p.119-122, ago. 2020. Disponível em:

<https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/4961/pdf> Acesso em: 10 jun. 2021.

NEVES, M. C. et al. Diabetes Mellitus e Doença Periodontal. **Revista Portuguesa de Diabetes**, v.14, n.2, p.63-70, 2019. Disponível em: <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2019/07/RPD-Junho-2019-Artigo-de-Revis%C3%A3o-p%C3%A1gs-63-70.pdf> Acesso em: 10 jun. 2021.

NEWMAN, M. G. et al. **Carranza – Periodontia Clínica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

NOGUEIRA, A. S. et al. Orientações pós-operatórias em cirurgia bucal. **Jornal Brasileiro de Clínica Integrada e Saúde Bucal Coletiva**, ed. esp., p.1-6, 2006. Disponível em: <http://www.odontologiasobral.ufc.br/wordpress/wp-content/uploads/2010/02/artigo009.pdf> Acesso em: 20 jun. 2021.

NOGUEIRA, R. J. **Relação entre Doença Periodontal e Pacientes Diabéticos**. 2019. 26f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade de Uberaba, Uniube, Uberaba. Disponível em: <https://repositorio.uniube.br/bitstream/123456789/844/1/RELA%C3%87%C3%83O%20ENTRE%20DOEN%C3%87A%20PERIODONTAL%20E%20PACIENTES%20DIAB%C3%89TICOS.pdf> Acesso em: 15 jun. 2021.

OLIVEIRA, F. C. et al. Doença Periodontal e Diabetes mellitus – Revisão de Literatura. **Gestão & Saúde**, v.16, n.2, p.32-41, abr./jun., 2017. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/file61a3ab7cade3dc7a3c01b47d5107961d.pdf> Acesso em: 05 jun. 2021.

OLIVEIRA, L. da S. **Moldagem em Prótese Total** – uma revisão de literatura. 2012. 40f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/graduacao/odontologia/portal/pages/arquivos/TCC2012/LILIANE%20DA%20SILVA%20OLIVEIRA.pdf> Acesso em: 10 jun. 2021.

OLIVEIRA, L. L. et al. A utilização de jogos lúdicos como métodos inovadores no ensino da química orgânica para alunos de 3º ano do ensino médio na unidade escolar professor Edgar Tito de Teresina-PI. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE QUÍMICA, 54, 2014. Natal, RN. **Química e Sociedade: Motores da Sustentabilidade**. Disponível em: <http://www.abq.org.br/cbq/2014/trabalhos/6/4937-13328.html> Acesso em: 27 jul. 2021.

OPPERMANN, R. V.; ROSSING, C. K. **Periodontia Laboratorial e Clínica**. 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013. 160p.

PACÍFICO, M. ; FACCHIN, M. M. P.; SANTOS, F. F. C. Crianças também se estressam? A influência do estresse no desenvolvimento infantil. **Temas em Educação e Saúde**, v.13, n.1, p.107-123, jan./jun., 2017. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/10218/6846> Acesso em: 15 jun. 2021.

PEREZ, F. E. G. et al. Efeitos cardiovasculares da anestesia local de prilocaína 3% com felipressina e lidocaína 2% em normotensos. **Revista de Pós-Graduação**, São Paulo, v.18, n.3, jul./set., 2011. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56952011000300002 Acesso em: 05 jul. 2021.

PIECHA, M. C. R. et al. Relação bidirecional entre doença periodontal e o diabetes mellitus - revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.48, e.3263, p.1-8, 2020.

Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3263/1986> Acesso em: 15 jun. 2021.

POLAK, D.; SHAPIRA, L. An update on the evidence for pathogenic mechanisms that may link periodontitis and diabetes. **Journal of Clinical Periodontology**, v.45, n.2, p.150-166, Feb. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29280184/> Acesso em: 11 jun. 2021.

PRESHAW, P. M.; BISSETT, S. M. Periodontitis and diabetes. **British Dental Journal**, v.277, n.7, p.577-584, Oct., 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31605062/> Acesso em: 02 jun. 2021.

RAMOS-JORGE, M. L.; PAIVA, S. M. Comportamento infantil no ambiente odontológico: aspectos psicológicos e sociais. **JBP Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, Curitiba, v.6, n.29, p.70-74, 2003. Disponível em: <https://www.dtscience.com/wp-content/uploads/2015/11/Comportamento-Infantil-no-Ambiente-Odontol%C3%B3gico-Aspectos-Psicol%C3%B3gicos-e-Sociais.pdf> Acesso em: 05 jun. 2021.

ROCHA, R.; ROLIM, G.; MORAES, A. Procedimento preparatório para atendimento de pacientes não colaboradores em odontopediatria. Acta Comportamental: **Revista Latina de Análisis del Comportamiento**, v.23, n.4, p.423-435, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/53796> Acesso em: 10 jun. 2021.

RODRIGUES, M. M. M. The influence of conventional non-surgical periodontal treatment in glycemic control of patients diagnosed with diabetes mellitus and periodontitis - review of literature. **Brazilian Journal of Dentistry**, v.76, e.1436, p.1-7, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/338565972_A_influencia_do_tratamento_periodontal_convencional_nao_cirurgico_no_controle_glicemico_de_pacientes_diagnosticados_com_diabetes_mellitus_e_periodontite_-_revisao_de_literatura/fulltext/5e1d26c9a6fdcc28377122d5/A-influencia-do-tratamento-periodontal-convencional-nao-cirurgico-no-controle-glicemico-de-pacientes-diagnosticados-com-diabetes-mellitus-e-periodontite-revisao-de-literatura.pdf Acesso em: 15 jun.2021.

ROGLIC, G. WHO Global report on diabetes: A summary. **International Journal of Noncommunicable Diseases**, v.1, n.1, p.3-8, 2016. Disponível em: <https://www.ijncd.org/article.asp?issn=2468-8827;year=2016;volume=1;issue=1;page=3;epage=8;aulast=Roglic> Acesso em 02 jun. 2021.

ROHILLA, P. M. et al. Preprosthetic surgery: A review of literature. **Chronicles of Dental Research**, v.8, n.1, p.28-34, June, 2019. Disponível em: <https://cdronline.org/college/wp-content/uploads/2019/05/6.Preprosthetic-surgery-A-review-of-literature.pdf> Acesso em: 05 jul. 2021.

ROMITO, G. A. et al. **Estratégias Terapêuticas Atuais – No Manejo da Doença Periodontal e Peri-Implantar**. São Paulo: Napoleão, 2017. 415p.

SANT'ANNA, R. M. et al. Aspectos éticos e legais das técnicas de manejo de comportamento em odontopediatria: uma revisão narrativa da literatura. **Revista Brasileira de Odontologia Legal-RBOL**, v.7, n.2, P.70-80, 2020. Disponível em:

<https://portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/view/320/250> Acesso em: 08 jun. 2021

SANTOS, A. B. **A Interrelação entre Doença Periodontal e Diabetes mellitus**: Revisão de Literatura. 2016. 39f. Monografia (Graduação em Odontologia) – Faculdade Maria Milza, Bahia, 2016. Disponível em:

<http://famamportal.com.br:8082/jspui/bitstream/123456789/214/1/ALEX%20dia%2004.12.pdf> Acesso em: 15 jun. 2021.

SANZ, M. et al. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International diabetes Federation and the European Federation of Periodontology.

Diabetes Research and Clinical Practice, v.137, p.231-241, Mar., 2018. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29208508/> Acesso em: 05 jun. 2021.

SILVA, R. A. et. al. Diagnóstico clínico e radiográfico na detecção de cáries proximais em molares decíduos e permanentes. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, Recife, v.12, n.3, jul./set., 2013. Disponível em:

http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882013000300009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 10 jun. 2021.

SILVERSTEIN, L. H.; KURTZMAN, G. M. A review of dental suturing for optimal soft-tissue management. **Compendium of Continuing Education in Dentistry**, Jamesburg, NJ, v.26, n.3, p.163-166, Mar., 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15813570/> Acesso em: 10 jul. 2021.

SIMPSON, T. C. et al. **Treatment of periodontal disease for glycaemic control in people with diabetes** - Review. Edinburgh, Scotland: Cochrane Oral Health Group, 2010.

Disponível em: <https://www.aachc.org/wp-content/uploads/2018/04/Treatment-of-periodontal-disease-for-glycaemic-control-in-people-with-diabetes-Review.pdf> Acesso em: 20 jun. 2021.

SIMPSON, T. C. et al. Treatment of periodontal disease for glycaemic control in people with diabetes mellitus. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.11, nov., 2015. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6486035/> Acesso em: 20 jun. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes 2019-2020**. São Paulo: Clannad Editora Científica, 2019. Disponível em:

<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf> Acesso em: 05 jun. 2021.

SOUZA, J. N. L. Perfil e percepção de diabéticos sobre a relação entre diabetes e doença periodontal. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.43, n.3, p.365-372, jul./ago., 2014.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rounesp/a/qfQ9JzBk4fKKMLK983yRBKQ/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 06 jun. 2021.

STEFFENS, J. P.; MARCANTONIO, R. A. C. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.47, n.4, p.189-197, jul./ago., 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rounesp/a/F9F6gnVnNm6hFt6MBrJ6dHC/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 08 jun. 2021.

TEIXEIRA, L. de S.; FILHO, M. I. **A relação bidirecional na doença periodontal e Diabetes mellitus**: revisão de literatura. 2018. 21f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Tiradentes, Aracajú, 2018. Disponível em: <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/2374/A%20RELA%C3%87%C3%83O%20BIDIRECIONAL%20NA%20DOEN%C3%87A%20PERIODONTAL%20E%20DIABETES%20MELLITUS-%20REVIS%C3%83O%20DE%20LITERATURA%20%28UNIT-SE%29.pdf?sequence=1> Acesso em: 08 jun. 2021.

TOLEDO, O. A. **Odontopediatria** - Fundamentos para a Prática Clínica. Rio de Janeiro: Medbook, 2012. 432p.

VELOSO, A. I. de S. **Avaliação clínica de diferentes tipos de materiais de sutura e implicações clínicas pós operatórias na Consulta de Cirurgia Oral da Clínica Dentária Universitária da UCP**. 2014. 110f. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) – Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa, Viseu. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15501/1/Tese%20Ana%20Velo.pdf> Acesso em 30 jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diagnosis and Classification of Diabetes mellitus and its complication**. Parte I: Diagnosis and Classification of Diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66040/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 05 jun. 2021.

ZANON, L. Medo do dentista em crianças: Técnicas para lidar com isso corretamente. **Pensamento Líquido**, v.1, set. 2018. Disponível em: <https://pensamentoliquido.com.br/medo-do-dentista-em-criancas-tecnicas-para-lidar-com-isso-corretamente> Acesso em: 12 jun. 2021.