



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

**ADRIANA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA TUROLA  
CAROLINA ALMEIDA DINALI  
KÉSIA SUELEN MARIANO  
RENATA LEÃO MARTINS  
SAULO THIAGO NEVES DE SOUSA ASSIS**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO**

**LAVRAS - MG**

**2020**

**ADRIANA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA TUROLA  
CAROLINA ALMEIDA DINALI  
KÉSIA SUELEN MARIANO  
RENATA LEÃO MARTINS  
SAULO THIAGO NEVES DE SOUSA ASSIS**

## **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.

### **ORIENTADOR**

Prof. Ms. Luiz Fernando Ferreira de Oliveira

**LAVRAS – MG  
2020**

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

P849      Portfólio Acadêmico apresentado ao Unilavras: graduação  
em odontologia / Adriana da Conceição Almeida Turola... [et  
al.]. – Lavras: Unilavras, 2020.  
60f.: il.

Portfólio Acadêmico (Graduação em Odontologia) –  
Unilavras, Lavras, 2020.  
Orientador: Profª. Luiz Fernando Ferreira de Oliveira.

1. Diagnóstico. 2. Prótese fixa. 3. Promoção de saúde. 4.  
Odontopediatria. I. Dinali, Carolina Almeida. II. Mariano,  
Kesia Suelen. III. Martins, Renata Leão. IV. Assis, Saulo  
Thiago Neves de Sousa. V. Oliveira, Luiz Fernando Ferreira de  
(Orient.).VI. Título.

**ADRIANA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA TUROLA  
CAROLINA ALMEIDA DINALI  
KÉSIA SUELEN MARIANO  
RENATA LEÃO MARTINS  
SAULO THIAGO NEVES DE SOUSA ASSIS**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO**

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

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**PROFESSOR**

Prof. Ms. Luiz Fernando Ferreira de Oliveira - UNILAVRAS

---

**MEMBRO DA BANCA**

Profa. Dra. Renata de Carvalho Foureaux - UNILAVRAS

**LAVRAS – MG**

**2020**

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.*

*Charles Chaplin*

## **AGRADECIMENTOS**

O dia de encerrar essa jornada se aproxima, e hoje com o coração repleto de gratidão, agradeço a Deus por me abençoar com resignação, e por ter me ensinado que na trajetória de um sonho não são apenas os mais fortes ou os mais inteligentes que vencem, mas também os que acreditam em si e perseveram.

Agradeço aos meus filhos Wagner, Guilherme e Arthur, por me ajudarem a acreditar, e por ser o motivo maior de cada esforço.

À minha família, muito obrigada pelo incentivo constante, em especial a minha querida mãe pelas palavras de conforto quando precisei e por ter abdicado da sua vida pelos meus interesses.

Aos Cirurgiões-Dentistas, Rosamaria Furtinni e Rodrigo Paiva Pereira, meu muito obrigada, vocês foram primordiais para realização desse sonho. Aos amigos e funcionários do CEO – Centro de Especialidades Odontológicas, pela compreensão e incentivo.

Aos mestres por todos ensinamentos e experiências transmitidas, graças a vocês aprendi a verdadeira missão do Cirurgião-Dentista.

Agradeço aos meus pacientes pela credibilidade, com vocês aprendi valores não encontrados em livro algum, aos funcionários da UNILAVRAS agradeço a presteza e carinho com que sempre me atenderam.

Sou grata às grandes amizades que somaram minha vida e tornaram essa jornada única e especial.

Em especial, ao meu professor e orientador, Luiz Fernando Ferreira de Oliveira pela disponibilidade e incentivo empreendido na execução desse trabalho.

**Adriana da Conceição Almeida Turola**

Mais uma etapa vencida, muito amadurecimento e aprendizado foram adquiridos e desafios superados, nesse momento me sinto imensamente grata e abençoada por conquista.

Primeiramente agradeço a Deus, por ser luz na minha vida, sempre iluminando meus caminhos, me dando sabedoria, coragem, força, sempre me lembrando de que sou mais forte do que penso.

À minha preciosa família, meus pais, meus avós, que são meus alicerces, meus maiores exemplos de força, trabalho, dedicação e bondade, que acompanharam essa caminhada sempre me dando muito apoio, sempre confiando e acreditando em mim. Sem eles eu não seria quem eu sou e nem teria chegado onde estou. Essa conquista é de vocês!

Aos colegas de curso, que se tornaram amigos que fizeram parte de uma etapa especial na minha vida e que vou levar sempre comigo.

Aos professores, por todo conhecimento a nós transferidos durante essa caminhada. Ao professor, Luiz Fernando, nosso orientador, por toda atenção, paciência e dedicação na execução desse trabalho.

**Carolina Almeida Dinali**

Em primeiro lugar, a Deus, que fez com que meus objetivos fossem alcançados, durante todos os meus anos de estudos.

Aos amigos, que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade, pelo apoio e paciência demonstrado ao longo de todo o período de tempo em que me dediquei a este trabalho.

Agradeço ao meu orientador, Luiz Fernando F. de Oliveira, por me ajudar a conduzir meu portfólio.

Aos meus pais, Marília e Vilson, que sempre estiveram ao meu lado me apoiando ao longo de toda a minha trajetória.

**Késia Suelen Mariano**

Estar concluindo mais essa etapa da minha vida, me faz transbordar de felicidade e gratidão, por todos os momentos que vivi durante esses 5 anos. Não posso deixar de agradecer, primeiramente, a Deus, que me auxiliou na decisão vocacional, e me fortaleceu durante toda a caminhada.

À minha mãe, que me apoiou nos momentos que eu mais precisei, e que é o meu maior exemplo. A capacidade que ela tem em transmitir às pessoas ao seu redor, cuidado e atenção, me motiva diariamente a ser uma profissional cada vez mais humana.

Ao meu avô Antônio Mauro, que é o meu exemplo de pai/avô e que foi o meu suporte durante todos esses anos de vida. Eu o agradeço, por ter me concedido a oportunidade de ingressar no curso de Odontologia, e dedico a ele, todo o meu sucesso e realização. Agradeço também à minha avó Vicentina, que sempre me proporcionou amparo durante toda a jornada até aqui.

À minha irmã, que compartilhou diversas fases da vida comigo, e se tornou uma grande confidente.

Aos meus amigos, colegas de faculdade e pacientes, com quem eu tive o privilégio de dividir essa jornada acadêmica. O convívio com cada um deles, foi muito importante para o meu amadurecimento pessoal, e profissional, principalmente no diz respeito à capacidade em lidar com as diferenças.

Por último, e não menos importante, agradeço ao meu professor orientador, Luiz Fernando Ferreira de Oliveira, que foi imprescindível para a realização e conclusão deste trabalho. Agradeço também, a todos os outros professores, que durante esses cinco anos compartilharam seus conhecimentos, experiências, e contribuíram para a minha chegada nessa reta final. Valeu a pena cada momento, e o meu sentimento é de dever cumprido.

**Renata Leão Martins**

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, por me conceder saúde para chegar até aqui. Em segundo lugar, gostaria de agradecer aos meus pais, Maria Antônia de Jesus Neves (in memoria) e Paulo Geraldo de Sousa Assis, que não mediram esforços para que eu alcançasse meus objetivos.

Aos meus familiares e amigos, que sempre estiveram presentes durante essa caminhada.

A todos os amigos que se comprometeram em me ajudar, mesmo em tempos de dificuldade, nunca me deixaram na mão em todos esses anos.

Agradeço ao corpo docente, administração, direção, e todos os funcionários do UNILAVRAS, por sempre estarem me proporcionando conhecimento e preparação para que eu me tornasse um profissional mais humano e dedicado.

Agradeço aos pacientes, pela confiança e paciência.

Agradeço a todos os colegas de sala, por todos os momentos vividos, pelas novas amizades que vou levar para a vida.

Agradeço ao professor Luiz Fernando Ferreira de Oliveira, por toda paciência e comprometimento na realização deste trabalho.

Por fim, quero agradecer à todas as pessoas que torcem por mim e que sempre estão do meu lado.

**Saulo Thiago Neves de Sousa Assis**

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Radiografia Inicial – Elemento 47 .....	15
Figura 2 - Radiografia Panorâmica do paciente, após a extração do elemento 47 ...	17
Figura 3 - Cisto Radicular Mandibular .....	20
Figura 4 - Radiografia Panorâmica de desdentado total com Ateroma na Carótida (Lado esquerdo) .....	22
Figura 5 - Protocolo Cirúrgico do UNILAVRAS (imagem ilustrativa) .....	23
Figura 6 - Elementos 15, 17 e 44. ....	26
Figura 7 - Elementos 15 e 17.....	27
Figura 8 - Elemento 44.....	27
Figura 9 - Exame periapical completo .....	37
Figura 10 - Exame periodontal completo.....	37
Figura 11 - Exame periodontal completo.....	38
Figura 12 - Fotografia da arcada superior (Após as exodontias do 54 e 64).....	46
Figura 13 - Fotografia da arcada inferior .....	47
Figura 14 - Fotografia da arcada superior após 14 dias das exodontias.....	50
Figura 15 - Instalação do aparelho expansor de maxila removível .....	51
Figura 16 - Fotografia da Mordida Cruzada Posterior .....	51
Figura 17 - Fotografia da arcada inferior vista oclusal.....	55
Figura 18 - Fotografia vista palatina .....	56
Figura 19 - Fotografia vista vestibular .....	56
Figura 20 - Fotografia da Fazendinha .....	57
Figura 21 - Fotografia do Consultório Odontológico .....	59
Figura 22 - Fotografia do armário.....	60
Figura 23 - Fotografia ilustrativa do dente cariado .....	66
Figura 24 - Fotografia ilustrativa de remoção de tecido cariado.....	67
Figura 25 - Fotografia ilustrativa de dente restaurado.....	68

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	12
2 DESENVOLVIMENTO .....	13
2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Adriana da Conceição Almeida Turola .....	13
2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Carolina Almeida Dinali .....	24
2.2.1 Desenvolvimento do Caso Clínico.....	25
2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Késia Suelen Mariano .	33
2.3.1 Desenvolvimento do Caso Clínico.....	34
2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Renata Leão Martins ...	41
2.4.1 Desenvolvimento do Caso Clínico.....	43
2.5 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Saulo Thiago Neves de Sousa Assis.....	57
2.5.1 Desenvolvimento do Caso Clínico.....	63
3 AUTOAVALIAÇÃO .....	69
3.1 Autoavaliação da aluna Adriana Conceição Almeida Turola .....	69
3.2 Autoavaliação da aluna Carolina Almeida Dinali .....	70
3.3 Autoavaliação da aluna Késia Suelen Mariano .....	70
3.4 Autoavaliação da aluna Renata Leão Martins .....	71
3.5 Autoavaliação do aluno Saulo Thiago Neves de Sousa Assis .....	72
4 CONCLUSÃO.....	73
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	74

## 1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste portfólio é descrever de maneira elucidativa os casos clínicos e vivências que os alunos do curso de Odontologia – UNILAVRAS realizaram ao longo dos 5 anos de graduação. As experiências que serão relatadas a seguir irão mostrar a maneira como a Odontologia pode transformar significativamente a vida do profissional, e a do paciente.

A acadêmica Adriana da Conceição Almeida Turola vai relatar uma história emocionante, onde proporcionou a um paciente idoso um tratamento especial e humanizado, onde buscou solucionar rapidamente a sua sintomatologia dolorosa em um atendimento de urgência na Clínica Integrada III do oitavo período. Além disso, buscou também enfatizar a importância de realizar o exame radiográfico panorâmico em um paciente desdentado antes da sua reabilitação com próteses mucossuportadas.

A acadêmica Carolina Almeida Dinali optou por um caso clínico sobre prótese fixa, pois foi uma vivência em que trouxe muito aprendizado. Relata o caso de uma paciente em que tinha necessidade de retentores intrarradiculares seguidos de coroas em alguns elementos dentários, então, serão descritos os procedimentos realizados.

A acadêmica Késia Suelen Mariano vai descrever um caso que aconteceu no sétimo período na disciplina Clínica Integrada II - Unilavras. Nesse caso ela relata sobre o tratamento em uma paciente com baixo nível socioeconômico, e como isso influencia diretamente no tratamento odontológico. Será descrito como foi realizado o tratamento periodontal não cirúrgico da paciente.

A acadêmica Renata Leão Martins vai relatar o caso clínico na Clínica Infantil II e III do Unilavras do sétimo e oitavo período. A paciente tinha três anos de idade e apresentou situação de alta atividade de cárie, problemas ortodônticos, e desconhecimento das técnicas adequadas para a realização de uma correta higienização bucal.

O acadêmico Saulo Thiago Neves de Sousa Assis apresentará sua vivência em seu primeiro dia de estágio na Fazenda Senhor Jesus de Lavras, popularmente chamada de Fazendinha, onde realizou um Tratamento Restaurador Atraumático (ART) em um dos internos.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Adriana da Conceição Almeida Turola

Meu nome é Adriana da Conceição Turola, sou técnica em Prótese Dentária e fascinada pela Odontologia, motivo esse que me levou a trabalhar nessa área. Contudo, o sonho de me tornar Odontóloga desde a infância ficou adormecido. Anos se passaram e tentei transferi-lo para os meus, mas não tive sucesso.

No ano de 2014, aos 39 anos de idade, ingressei na faculdade de Odontologia no Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS, com determinação de concluir o curso de graduação em Odontologia sabendo que seria desafiador essa situação para mim, por já ter constituído minha família e precisar trabalhar, ter consciência da tripla jornada, ser do lar, trabalhar fora e me dedicar aos estudos, porque sabia que o curso de Odontologia integral exige dedicação e tempo para concluí-lo com êxito.

Porém, o incentivo da minha família e de meus filhos fez-me sentir totalmente determinada. Contudo, vinha a insegurança por não estudar há muito tempo.

Com o início das aulas, conheci a estrutura da faculdade, a seriedade da instituição, os funcionários, o alto padrão de conhecimento dos professores que trabalham de forma integrada. Presenciar e fazer parte do comprometimento ético e humanista que o Unilavras proporciona aos seus pacientes, fez-me sentir capaz e inspirada.

#### 2.1.1 Desenvolvimento do Caso Clínico

O paciente que norteia o caso clínico a ser abordado, compareceu à Clínica Odontológica do UNILAVRAS para atendimento de urgência. Seguindo os protocolos da instituição, foi feita a ficha inicial do mesmo, ainda na recepção, na qual afirmava ser uma dor contínua, o motivo da procura por tratamento odontológico.

Na anamnese realizada, constatou-se que o paciente era um senhor de 70 anos, com história pregressa de doenças sistêmicas, saúde geral em condições satisfatórias e pressão arterial dentro da normalidade. A queixa principal do mesmo foi descrita como dor contínua há aproximadamente três meses, para cuja analgesia

estava sendo medicado com fármacos para pessoas acometidas por patologias na coluna, portanto, sem sucesso no tratamento.

Segundo Silva et al. (2016), o tratamento odontológico inicia-se pela anamnese, a qual deve ser uma conduta técnica adotada pelo Cirurgião-Dentista em qualquer situação clínica, tendo este o cuidado de executá-la de maneira minuciosa, haja vista que as negligências advindas da mesma, caracterizam em grave falha profissional, podendo resultar em lides judiciais.

De acordo com os autores acima mencionados, por ser o tratamento odontológico muito específico, alguns pacientes acabam omitindo informações que julgam não precisar serem relatadas, e o fazem por temerem rejeição, preconceito ou até mesmo por desinformação. Dessa forma, cabe ao profissional esclarecer aos mesmos a importância do acesso a todas as informações clínicas como forma de garantir o bem-estar geral, além de serem estas a base para se chegar ao diagnóstico e delinear o plano de tratamento adequado.

Seguindo este paradigma, ratifica-se ser imprescindível que o Cirurgião-Dentista anexe as referências obtidas na anamnese em uma ficha clínica e armazene-as no prontuário odontológico, por ser este um “documento singular para o conhecimento, a qualquer tempo, do diagnóstico e tratamento realizados” (COELHO et al, 2017).

Diante do exposto, é digno de nota ressaltar que a filha que acompanhava o paciente em questão, relatou que por estar o pai com sintomatologia dolorosa sem solução encontrada pelos médicos já consultados, optou por tentar encontrar a origem do incômodo em alguma alteração proveniente da cavidade oral.

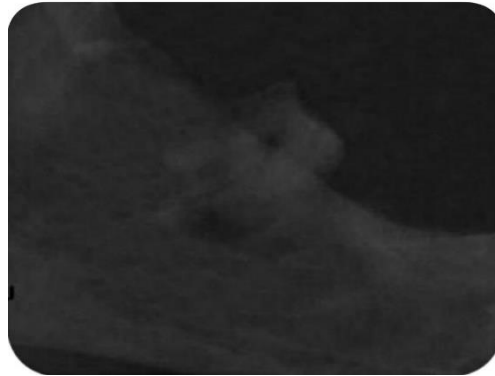
Nesse contexto, com o intuito de investigar a procedência da dor, passou-se ao exame clínico extrabucal do paciente, no qual foram examinadas as cadeias linfáticas da face e pescoço (parotídea, submandibular e submentoniana), não sendo encontrada nenhuma anormalidade.

Dando sequência, foi realizado o exame clínico intrabucal, por meio do qual verificou-se ser o paciente edêntulo total superior e parcial inferior, com prótese total superior e prótese parcial removível inferior usadas para a reabilitação, sem qualquer lesão proveniente das mesmas. Foram analisados, ainda, a mucosa jugal, borda da língua, palato e lábios, estando estes sem alterações.

Como preconizado pelo curso de Odontologia do Unilavras, a conduta seguinte a ser adotada, foi a realização de exames complementares: tomadas

radiográficas periapicais fizeram-se necessárias, a partir das quais verificou-se a presença de uma raiz residual, com lesão periapical indicativa de necrose pulpar, na região do elemento 47 (Figura 1).

Figura 1 - Radiografia Inicial – Elemento 47



Fonte: Prontuário da clínica de Odontologia do UNILAVRAS (2019)

Os raios X foram descobertos ocasionalmente em 1865 pelo prof. Röntgen (Bavária, Alemanha), quando este, ao trabalhar com raios catódicos, observou um fenômeno atípico envolvendo os mesmos, cuja origem era desconhecida, o que o levou a denominá-los de raios X contribuindo esta descoberta para o início do uso de radiografias na clínica odontológica em 1986, as quais foram desde então consideradas um inigualável auxílio para a elaboração de diagnóstico (SALVADOR et.al, 2018).

Os primeiros estudos relacionados a este aspecto comprovaram que a imagem radiográfica odontológica contribui de forma incontestável para com os profissionais, por ser passível de apresentar informações relevantes para a elaboração do diagnóstico nas diversas áreas da Odontologia, especialmente como método auxiliar deste e planejamento na reabilitação com prótese total, norteador com maior precisão a conduta clínica e consequente delineamento do plano de tratamento (DIAS, 2017).

O processo de envelhecimento, fenômeno biológico implacável, culmina em alterações que comprometem o perfeito desempenho das funções orgânicas, funções estas que também se aplicam ao sistema estomatognático, o qual é acometido por um déficit em sua funcionalidade, devido à perda total dos dentes, episódio denominado edentulismo (PETRY; LOPES; CASSOL, 2019).

Em épocas pretéritas, a extração dos elementos dentários era uma conduta corriqueira, visto que os profissionais desconheciam as causas dos problemas relacionados aos dentes. Impossibilitados de chegar a um diagnóstico preciso, dada a carência tecnológica, a exodontia de todos os dentes, incluindo aqueles em condições satisfatórias, era a postura adotada para sanar os problemas da cavidade oral, o que levou os idosos a fazerem uso de próteses dentárias na atualidade (AGOSTINHO; CAMPOS; SILVEIRA, 2015).

Partindo-se da premissa que a perda dos elementos dentários ocasiona mudanças significativas no sistema estomatognático, levando a dificuldades no processo mastigatório e fonético, é relevante mencionar que características psicológicas do paciente também são modificadas, diminuindo sua autoestima (PEREIRA, 2019).

Baseando-se no que foi explicitado acima, é válido ressaltar que almejando-se restabelecer o equilíbrio neuromuscular do sistema estomatognático e o bem-estar físico, mental e social, a reabilitação de pacientes edêntulos por meio de próteses totais mucossuportadas é uma das escolhas, pontuaram Bernardo e colaboradores (2015.)

No entanto, a concretização de todos os propósitos em uma reabilitação oral, ocasionalmente se faz presente: fatores que levarão ao êxito da mesma como retenção suficiente, estabilidade, estética e fonação satisfatórias, dependem não apenas de uma anamnese minuciosa, mas também de exames clínicos e complementares realizados de forma criteriosa (BERNARDO et al., 2015).

Estudos demonstraram que mesmo a quase totalidade dos Cirurgiões-Dentistas possuindo aparelho de raios X em seus respectivos consultórios, podendo assim ter acesso fácil aos exames complementares de radiografias periapicais e oclusais, ou ainda constatada a necessidade, solicitarem uma radiografia panorâmica por estas produzirem informações mais abrangentes, “nem sempre o paciente edêntulo é submetido a um protocolo que inclua a averiguação dos maxilares através de radiografia” (BERNARDO et al., 2015).

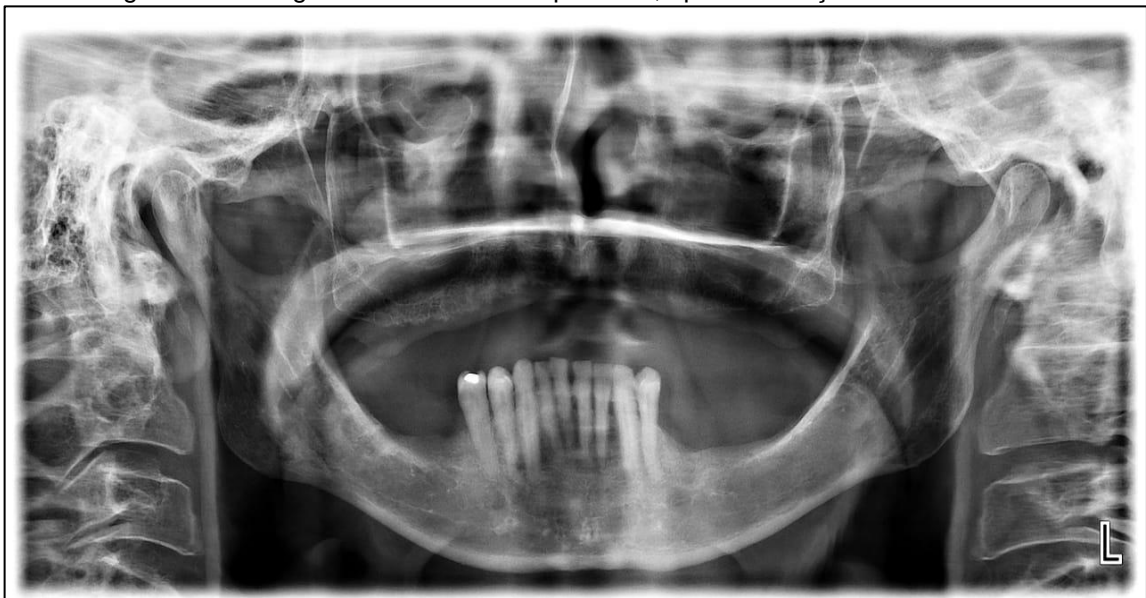
As imagens radiográficas, somadas ao exame clínico e anamnese auxiliam no diagnóstico de irregularidades ósseas, restos radiculares ou até mesmo patologias que não poderão ser encontradas por outros métodos, mencionaram os autores anteriormente citados.

O uso de radiografias mais simples como as periapicais e oclusais utilizadas para reabilitação com próteses totais foi elucidado por Bernardo e seus colaboradores (2015). Nesse sentido, como auxílio no diagnóstico de raízes residuais, dentes supranumerários e/ou inclusos, as radiografias oclusais são utilizadas como abordagem inicial em pacientes edêntulos, dada a facilidade da técnica.

Dessa forma, Coclete et al. (2015) corroboraram que as radiografias oclusais, além de serem úteis para complementação diagnóstica, também fornecem informações quanto a fraturas de mandíbula e maxila, corpos estranhos, cálculos nas glândulas e ductos salivares e são úteis na determinação da extensão vestibulo-lingual de algumas patologias, sendo, portanto, também utilizadas para diagnóstico e plano de tratamento reabilitador como primeiras condutas.

Considerando este viés, ressalta-se que a radiografia panorâmica configura-se em significativo método para avaliação mais completa de possíveis complicações (Figura 2), sendo portanto, indicada antes da reabilitação com próteses totais (COCLETE et al., 2015).

Figura 2 - Radiografia Panorâmica do paciente, após a extração do elemento 47



Fonte: Prontuário da clínica de Odontologia do UNILAVRAS (2019)

É relevante pontuar que as radiografias panorâmicas, embora não apresentem a riqueza de detalhes e definição destes como os métodos radiográficos mais simples o fazem, por exemplo as radiografias periapicais, contribuem com

informações que não podem ser constatadas a partir de outros meios convencionais, tais como os exames clínicos extra e intrabucais, que embora cubram uma área maior, podem impedir a identificação de estruturas anatômicas, imprescindíveis para um diagnóstico preciso (BERNARDO et al. 2015).

Diante do exposto, ratifica-se que a radiografia panorâmica, além de apresentar facilidade na execução da técnica, baixa dose de radiação e custo acessível, configura-se como o método radiográfico ideal para rastrear pacientes edêntulos totais antes da terapia reabilitadora por próteses totais mucossuportadas (COCLETE et al., 2015).

A execução do exame radiográfico panorâmico dos maxilares é necessária para detectar dentes impactados, fragmentos de raízes retidos e outros achados radiográficos que possam requerer tratamento antes da confecção de próteses totais, evidenciando assim, que de acordo com as identificações constatadas, há a necessidade de o Cirurgião-Dentista modificar o plano de tratamento (COCLETE et al., 2015).

Contextualizando as informações expostas com o caso clínico em questão, evidencia-se que a importância da radiografia previamente à reabilitação com próteses totais foi negligenciada, visto que o paciente atendido na urgência da Clínica Odontológica do UNILAVRAS, compareceu à instituição já reabilitado, porém apresentou achados radiográficos que demonstraram a necessidade de cirurgia pré-protética para exodontia de raiz residual, conduta esta que não foi adotada pelo profissional responsável.

Nesse sentido, constata-se ser imperativo o uso do exame radiográfico panorâmico para reabilitar paciente edêntulos totais, visto que além de evidenciar as estruturas anatômicas maxilares e mandibulares, permite a identificação de alterações nas mesmas ou presença de lesões patológicas.

Em pacientes adultos, desdentados parciais ou totais, achados radiográficos que demonstram a existência de dentes não irrompidos e raízes residuais associadas ou não a lesões, são corriqueiros, representando porcentagens que variam de 30 a 50% (VERONESI; CRAL; CAPELOZZA, 2016).

No entanto, a possibilidade de achados radiográficos que não estão relacionados ao motivo da consulta ou à queixa principal, podem ser identificados durante a interpretações de radiografias panorâmicas (VERONESI; CRAL; CAPELLOZZA, 2016).

Dentre as patologias descobertas em exames radiográficos panorâmicos, cita-se o cisto radicular, considerado como o cisto odontogênico mais recorrente, também denominado de cisto periapical e cisto periodontal. O mesmo tem sua origem dos Restos Epiteliais de Malassez no ligamento periodontal que circunda o órgão, possuindo estreita ligação com o epitélio do ápice do elemento dentário com necrose pulpar, podendo ser potencializado por processos inflamatórios (MARCHIONNATTI et al., 2017).

De acordo com Comin e colaboradores (2017), esse cisto possui crescimento lento e assintomático, e uma vez alcançadas proporções mais significativas, ocasiona tumefação, sensibilidade de grau moderado, mobilidade e deslocamento dos dentes adjacentes. Acomete a porção anterior da maxila, seguida da posterior da mesma, posterior da mandíbula e região anterior desta, respectivamente.

O cisto radicular possui predileção pelo gênero masculino, entre 50 e 60 anos, fazendo-se presente entre os cistos maxilares com preponderância significativa (mais de 50%), havendo a possibilidade de ser observado em exames radiográficos rotineiros. (MARTINS et al., 2018). No entanto, embora na primeira década de vida haja prevalência de cárie dentária e dentes sem vitalidade pulpar, a prevalência da lesão é baixa nessa faixa etária, enfatizaram Marchionatti e colaboradores (2017).

Segundo Martins et al. (2018) é possível um diagnóstico clínico preliminar do cisto radicular desde que a lesão envolva um ou mais dentes com necrose pulpar, seja maior que 20mm de diâmetro ou área transversal de 200mm<sup>2</sup>, o líquido aspirado ou drenado tenha coloração palha e o fluido contenha cristais de colesterol. Porém, mesmo que exames mais elaborados como a tomografia Cone Beam tenham sido utilizados para identificar a lesão, ratifica-se que não é possível estabelecer parâmetros que distinguem o cisto radicular de granuloma por meio dessa, sendo necessários biópsia e exame histopatológico como método padrão de diagnóstico, pontuaram os autores supracitados.

Dentre as características radiográficas do mesmo, enfatiza-se que apresenta um ponto com radiolucidez ligado à região apical dos elementos dentários (Figura 3), circundada por uma linha radiopaca precisamente estabelecida, podendo esta estar ausente em cistos acometidos por infecções, afirmaram Martins et al. (2017).

Figura 3 - Cisto Radicular Mandibular



Fonte: Pereira et al. (2012).

Diante do exposto, é relevante salientar que a terapêutica para o cisto radicular vai desde o tratamento endodôntico convencional, à abordagem cirúrgica. No entanto, a eficácia da endodontia para eliminar tal lesão ainda está relacionada à sua extensão, sendo o prognóstico mais favorável para aquelas de menor tamanho. Dessa forma, são feitas a desinfecção dos canais radiculares com preparo biomecânico além do forame apical e consequente sobre-extensão da medicação intracanal com hidróxido de cálcio, favorecendo a regressão do cisto e reparo ósseo (SILVA et al., 2018).

Em contrapartida, os autores supracitados enfatizam que para lesões de maior extensão são feitos desde a terapia endodôntica dos elementos acometidos, amparados pela apsectomia quando necessário, até a abordagem cirúrgica por meio de enucleação e consequente marsupialização do cisto. A segunda reduz a pressão no interior do mesmo, resultando na diminuição de danos às estruturas anatômicas e promovendo de maneira mais fácil o fenômeno de reparação óssea. A terceira consiste na remoção total da lesão, permitindo o exame histopatológico integral desta e o tratamento definitivo.

Em relação ao prognóstico de tratamento, enfatiza-se que o de lesões com maiores proporções não é tão favorável como das pequenas, haja vista que em se tratando de cistos de maiores extensões, há a possibilidade da curetagem ser incompleta e, portanto, sem êxito. É notório ressaltar que, há situações em que a eficácia do tratamento está relacionada à característica da cápsula, pois as

espessas são mais facilmente tratadas quando comparadas às delgadas e fragmentadas (SILVA et al., 2018).

Ainda no tangente às patologias identificadas em exames panorâmicos, destacam-se aquelas relacionadas à sedimentação de cálcio em tecidos moles, detectadas precocemente de forma acidental em procedimentos radiográficos de rotina de pacientes que procuram por tratamentos dentários (MARTINS; SOUSA; ADEODATO, 2019).

Embora a maior parte das calcificações encontradas sejam benignas, a identificação e diagnóstico do ateroma na carótida são imprescindíveis para a redução da ocorrência de acidente vascular cerebral. As artérias carotídeas nutrem o cérebro com a quantidade de sangue necessária e quando há deposição de cálcio nas mesmas, podem ocasionar isquemia cerebral pela liberação de coágulos (embolia) ou por obstrução (trombose), afirmaram os autores supracitados.

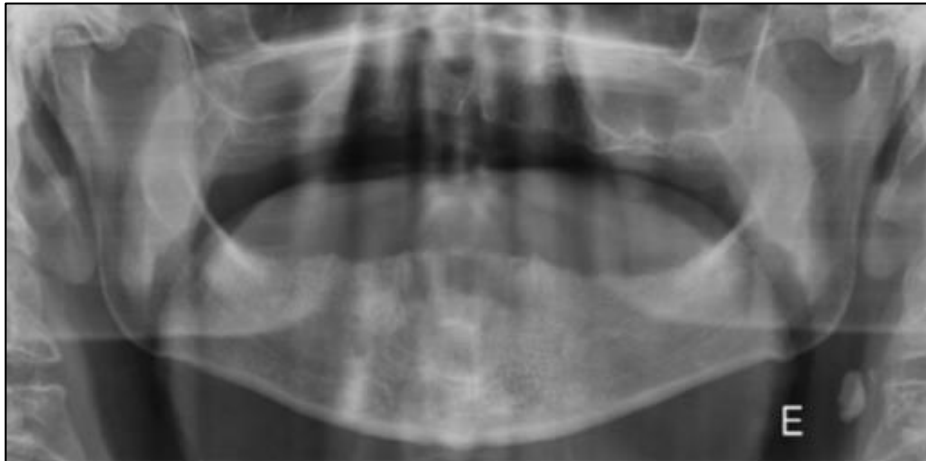
A aterosclerose tem localização predominante nas artérias carotídeas comuns, interna e externa, e caracteriza-se pela deposição lipídica nos vasos, participando da etiologia mais preponderante de acidentes vasculares encefálicos (AVE), os quais representam parcela considerável em aspectos relacionados à saúde devido ao alto grau de letalidade (20 a 35%) e potencial de incapacidade laboral (MARTINS; SOUSA; DEODATO, 2019).

Em pacientes cujos sintomas estão ausentes, as placas ateromatosas carotídeas estão intimamente relacionadas a AVE, angina, infarto do miocárdio e morte, sendo fatores predisponentes o fumo, obesidade, sedentarismo e idade avançada. Pesquisas constataram que a sedimentação de cálcio nas artérias carótidas de indivíduos com doença vascular cerebral assintomática, têm sido elucidados de forma significativa pelas tomografias computadorizadas e radiografias panorâmicas, enfatizaram os autores acima mencionados. Por serem os exames panorâmicos aos quais mais frequentemente os Cirurgiões-Dentistas recorrem, evidencia-se que estes são um valioso auxiliar na identificação de ateromas calcificados, os quais uma vez visualizados, requerem o encaminhamento para consideração médica a fim de se realizar os trâmites necessários para confirmação de tal alteração no quadro de saúde do paciente, bem como o estabelecimento do tratamento adequado (WILLIG; SOLDA, 2016).

De acordo com Willig e Solda (2016), é imprescindível fazer o diagnóstico diferencial de ateroma da carótida de outras estruturas anatômicas e patológicas

radiopacas localizadas na região de cabeça e pescoço, tais como cartilagem tritícea, osso hioide, epiglote, processo estiloide, nódulos linfáticos calcificados, sialólitos, flebolitos e tonsiolitos. As placas ateromatosas podem ser visualizadas nas radiografias panorâmicas abaixo do ângulo da mandíbula, acima ou abaixo do osso hioide, adjacentes à vértebra cervical, ao nível da junção intervertebral C3 e C4, conforme demonstrado pela Figura 4.

Figura 4 - Radiografia Panorâmica de desdentado total com Ateroma na Carótida (Lado esquerdo)



Fonte: Branco (2016).

Por mais que a anatomia e a presença de alterações da normalidade possam dificultar a fidelidade da eficácia na identificação e diagnóstico dos ateromas, a possibilidade de detectá-los nas radiografias panorâmicas contribui para o tratamento precoce do paciente, diminuindo as chances de morte dos mesmos, pontuaram Willig e Solda (2019).

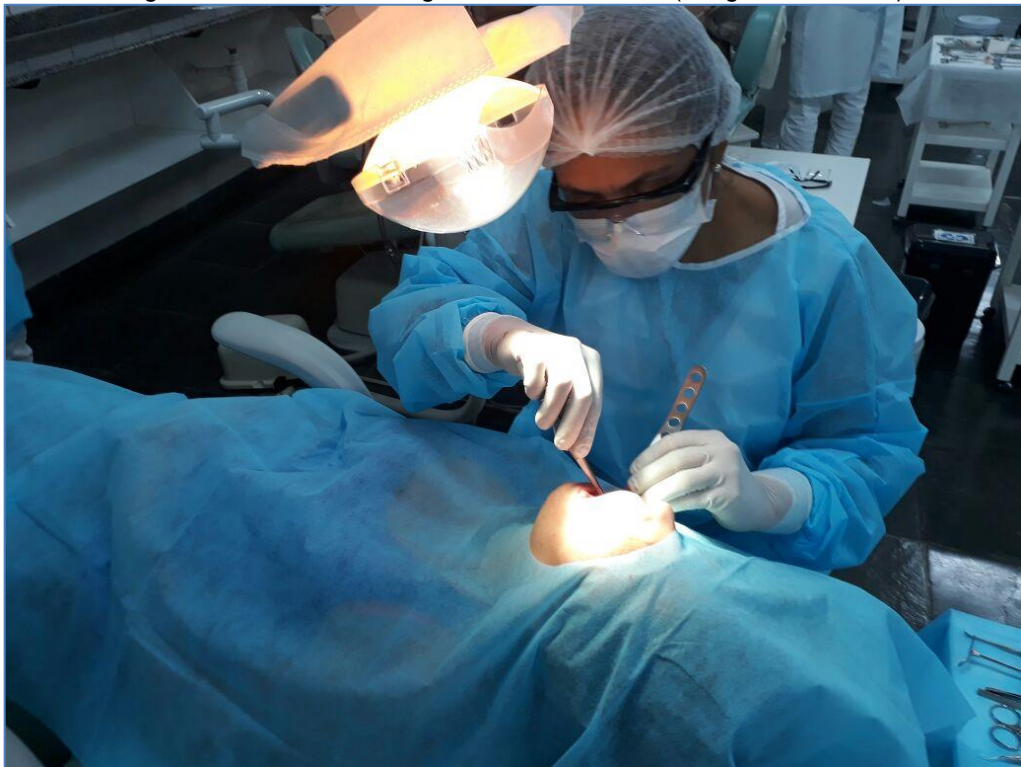
No entanto, ainda que os recursos radiográficos panorâmicos proporcionem a identificação de calcificações que remetem à aterosclerose, o nível de comprometimento da carótida, bem como sua localização precisa, são inviabilizados pelas mesmas, fazendo-se necessários outros meios para uma afirmação categórica que se trata da referida patologia. Nesse sentido, a ultrassonografia de Doppler é o exame mais indicado para confirmação da presença, localização e tamanho dos ateromas de carótida. Trata-se de um exame de baixo custo quando comparado aos contrastes angiográficos e com a tomografia computadorizada (MACHADO; ALVES, 2019).

Diante do exposto, o profissional da Odontologia pode identificar o ateroma de carótida e dessa forma, direcionar o paciente para acompanhamento médico,

contribuindo para que se evitem maiores agravamentos pela doença, ratificaram Machado e Alves (2019).

Reportando-se ao caso clínico em questão, é relevante mencionar que uma vez identificada no exame radiográfico a raiz residual na região do elemento 47, com presença de lesão periapical e necrose pulpar, a conduta adotada foi a exodontia da mesma. Para tal, foram seguidos os protocolos para realização de cirurgias que são adotados pelo UNILAVRAS, como paramentação adequada, montagem da mesa cirúrgica onde foi realizada a antisepsia intraoral com Clorexidina 0,12%, seguida da extraoral com Clorexidina 2% (Figura 5).

Figura 5 - Protocolo Cirúrgico do UNILAVRAS (imagem ilustrativa)



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2019).

Para a anestesia, foi eleito o anestésico Lidocaína 2% com vasoconstritor epinefrina na concentração de 1:100.000 UI um tubete sendo anestesiados os nervos alveolar inferior, bucal e lingual, seguidos de uma incisão linear para acesso à raiz. Em seguida, foi realizada a sindesmotomia e, com auxílio do fórceps 69, a retirada da mesma e curetagem da lesão. Uma sutura simples foi realizada na sequência, com a aproximação das bordas e recomendação para retorno do paciente após 7 dias para retirada desta. Foram prescritos como prescrição

medicamentosa pós-operatória de Amoxicilina 500mg, com posologia de 21 cápsula a cada 8 horas por 07 dias, Dexametasona 4mg, em um total de 06 comprimidos a serem ingeridos de 12 em 12 horas e analgésico Dipirona 500mg a cada 4 horas, em episódios de dor. Após o prazo necessário para a cicatrização dos tecidos, foi realizado a remoção da sutura, e constatou-se que o resultado pós cirúrgico foi de um prognóstico favorável.

Em virtude do contexto abordado, ratifica-se que a radiografia panorâmica é fundamental previamente à reabilitação com próteses totais mucossuportadas e deve ser a conduta adotada pelos Cirurgiões-Dentistas como forma de detectar possíveis patologias que possam comprometer a eficácia do plano de tratamento adotado, bem como a saúde geral do paciente.

## 2.2 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Carolina Almeida Dinali

Meu nome é Carolina Almeida Dinali, tenho 24 anos, ingressei no curso de Odontologia do Unilavras em fevereiro de 2014, no Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS.

Quando criança não gostava de ir ao dentista, sempre ia forçada e com medo, nunca tinha me imaginado exercendo essa profissão, que hoje em dia acho encantadora. Uma das melhores formas de demonstrar felicidade é através de um sorriso, que muitas vezes por diversas ocasiões, acontece de se perder da gente. E nós como dentistas temos essa missão, promover saúde bucal e devolver sorrisos, nada melhor que ter essa satisfação.

O caso clínico escolhido foi realizado na clínica odontológica do Unilavras durante o ano de 2019, na disciplina de Clínica Integrada III e IV, sétimo e oitavo período, onde fui orientada pelo professor Selem Alvarenga Vilela, que foi responsável por me proporcionar o maior incentivo.

Quando decidi fazer Odontologia e comecei a conhecer as áreas, a disciplina de prótese foi onde encontrei mais dificuldades, tanto em teoria quanto na prática, o que me deixava um pouco insegura para realizar os procedimentos. Porém, durante o sétimo e o oitavo períodos do curso, tive uma paciente em que sua prioridade seria a prótese. Foi uma paciente na qual desenvolvi muita afinidade, fazendo com que eu ficasse mais tranquila para realizar minha função e perdesse um pouco da

insegurança que eu tinha na disciplina. Esse tratamento foi o momento em que mais evoluí durante a faculdade. Nesses dois períodos consegui ter mais interesse na disciplina e motivação para ir para às clínicas, sem que a insegurança tomasse conta.

Sempre soube da importância de se ter uma relação saudável e leve com os pacientes, mas nesse momento em especial, percebi o quanto a relação com meu paciente me acrescentou pontos positivos. O vínculo estabelecido com o paciente de forma que o mesmo se sinta confortável e motivado com o tratamento é essencial para o desenvolvimento das funções adequadas e para sucesso do profissional.

O objetivo deste trabalho é mostrar, através da descrição de um caso clínico, a importância da avaliação correta na escolha de cada etapa de confecção de próteses fixas, quando se depara com um dente destruído, ressaltando a relevância da etapa de confecção do provisório.

### 2.2.1 Desenvolvimento do Caso Clínico

O caso clínico a ser apresentado é de uma paciente do gênero feminino, 46 anos de idade. A paciente chegou à clínica do UNILAVRAS com o objetivo de terminar os procedimentos necessários que ficaram pendentes, pois já havia sido realizado alguns.

Constatamos a necessidade de reabilitação protética, devido à um tratamento prévio onde a mesma não finalizou. Havia sido feitos preparos para colocação de pinos, mas sem a instalação dos mesmos. Não haviam sido realizados provisórios. Os elementos, 15, 17 e 44 tinham tratamento endodôntico e preparo para pino realizados, sendo que o elemento 44 houve necessidade de realizar um retratamento para depois moldar o conduto e confeccionar o pino.

O plano de tratamento que iríamos seguir seria: 1. avaliação dos tratamentos endodônticos; 2. avaliação dos preparos intrarradiculares; 3. avaliação das porções coronárias; 4. escolha dos tipos de pinos intrarradiculares; 5. preparo das porções coronárias; 6. instalação dos pinos; 7. instalação dos provisórios; 8. moldagem dos preparos coronários; e com o objetivo final, que seria a instalação das próteses fixas.

Para se obter uma prótese fixa de qualidade, com longevidade, deve-se realizar um bom preparo da estrutura coronal remanescente, buscando sua preservação máxima dentro das condições do caso. Também é de suma importância

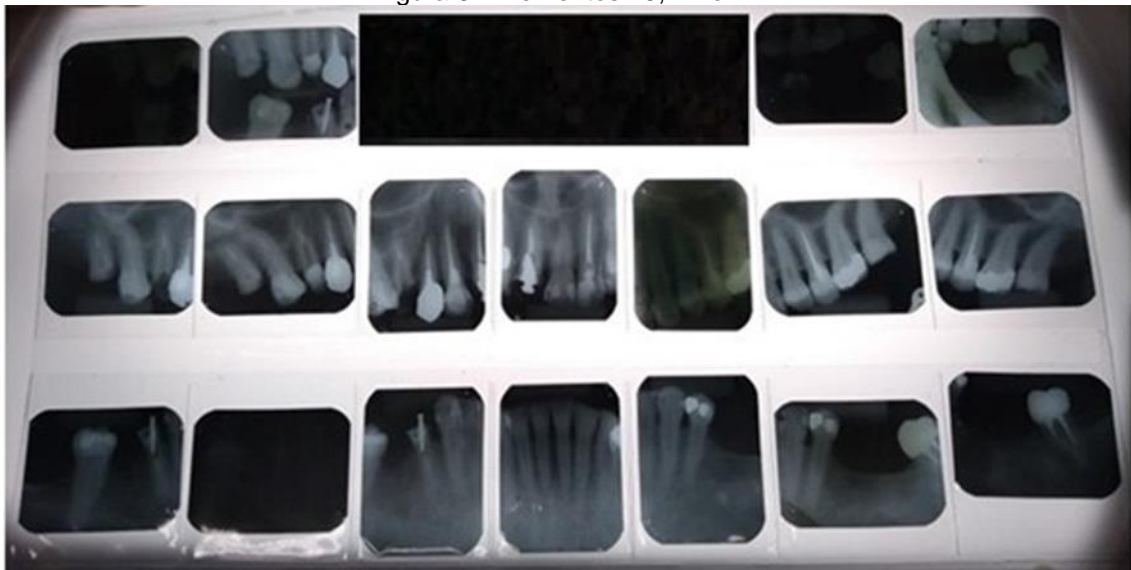
realizar a instalação correta de pinos intrarradiculares, quando os mesmos são necessários, buscando realizá-lo na medida ideal, que é  $2/3$  do comprimento do remanescente dentário e implantação radicular igual ao comprimento da coroa clínica e, no mínimo, metade da altura do suporte ósseo do dente (PINHEIRO et al., 2016).

Dentes tratados endodonticamente na maioria das vezes possuem uma destruição coronária devido a cáries, restaurações extensas antigas, fraturas dentárias e também pelo acesso endodôntico, conseqüentemente restando pouca quantidade de remanescente (MELO et al., 2015).

De acordo com Pinheiro et al. (2016), dentes que já passaram por um tratamento endodôntico conseqüentemente sofrem mais falhas biomecânicas do que um elemento vital, perdendo um pouco da resistência, aumentando a chance de fratura devido à perda de estrutura dental.

O primeiro passo foi realizar um raio X periapical e avaliar a qualidade do preparo feito para pino, a quantidade de material obturador remanescente e também a estrutura dental existente (Figuras 6, 7 e 8). O raio X é indispensável e deve ser feito antes de qualquer outro passo, a fim de verificar a condição dos canais, comprimento e anatomia (KAULING, 2013)

Figura 6 - Elementos 15, 17 e 44



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2019).

Figura 7 - Elementos 15 e 17



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2019)

Figura 8 - Elemento 44



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2019)

Segundo Bonfante et al. (2000) é indispensável uma análise clínica e radiográfica de um dente que recebeu tratamento endodôntico, sempre que se vai restaurá-lo; com o objetivo de: avaliar o remanescente dental, a implantação óssea e o estado do periápice; além disso é necessário remover todo tecido cariado, restaurações existentes e esmalte sem suporte dentinário adequado. No final desses procedimentos, se for observado quantidade insuficiente de remanescente coronário que possibilite retenção de uma coroa, será necessária reconstrução dessa porção, através da utilização de retentores intrarradiculares.

Após a avaliação, foi optado pela confecção de núcleo metálico fundido para os respectivos elementos necessários, 15, 17 e 44, devido à falta de remanescentes coronários. Temos como indicação para retentores metálicos fundidos grandes reabilitações, que buscam retenção e estabilidade para prótese a ser confeccionada, retentores de próteses parciais fixas, canais expulsivos, entre outras indicações. Uma característica válida e que deve ser considerada na hora de escolher o retentor metálico fundido é a sua alta rigidez e adaptação (TEÓFILO; ZAVANELLI; QUEIROZ, 2005).

Quando o remanescente coronário em dentes que apresentam grandes destruições coronárias não é suficiente para proporcionar a resistência adequada ao material restaurador, está indicado o uso de núcleos metálicos fundidos. Estes, se mostram com bom desempenho clínico e alta taxa de sucesso, quando confeccionados adequadamente (DEKON et al., 2012).

A medida ideal para a instalação mais adequada de pino intrarradiculares é 2/3 do comprimento total da raiz. Além disso, é importante também instalar o pino ao longo eixo do dente, centralizado no canal ou na raiz, onde se encontra uma região neutra com relação a concentração de força. (TEÓFILO; ZAVANELLI; QUEIROZ, 2005).

É determinante para o sucesso do procedimento, seguir as recomendações necessárias, como por exemplo, a seleção correta do pino intrarradicular e a medida certa que deve se obter, evitando forças oclusais sobre um dente podendo causar uma fratura (MELO et al., 2015).

Para se alcançar o sucesso de um núcleo metálico fundido, devemos seguir todos os princípios biomecânicos. É fundamental considerarmos critérios endodônticos e protéticos. Segundo Durighetto et al. (2007), os principais critérios endodônticos a serem observados são: 1. Os canais devem estar obturados de 1 a 2 mm aquém do ápice radicular; 2. A massa obturadora deve estar homogênea; 3. O material obturador remanescente deve ter no mínimo 3 mm de extensão. Os principais critérios protéticos são: 1. O pino ocupar 2/3 do remanescente dental ou no mínimo o comprimento da coroa clínica; 2. O diâmetro do pino apresentar 1/3 do diâmetro da raiz; 3. Ausência de espaço entre o pino e tratamento endodôntico, trepanação e a fratura radicular.

Existem duas formas de executar o núcleo metálico fundido, a técnica direta e a indireta. A técnica utilizada nos elementos 15, 17 e 44 da paciente foi a técnica

direta, onde realiza a moldagem do conduto com resina acrílica autopolimerizável diretamente em boca, e assim obtém-se a forma exata do núcleo a ser confeccionado (TEÓFILO; ZAVANELLI; QUEIROZ, 2005). As duas técnicas possuem eficácia, mas optou pela a técnica direta por questão de afinidade, pelo fato de já ter sido realizada antes.

Segundo Almeida, Coimbra e Viana (2017) é importante que haja um criterioso preparo para receber a prótese, deve ser mantido íntegro e saudável. A forma do preparo deve promover resistência e estabilidade a fim de diminuir uma sobrecarga sobre a prótese, evitando assim uma fratura, e promovendo sua longevidade. Outro fator muito importante, é seguir as normas de anatomia durante a realização do preparo, promovendo o efeito férula, que resulta na resistência da estrutura dentária remanescente. Um preparo ideal seria aquele com as características mais próximas possíveis da anatomia do dente natural.

Para a realização da técnica (após o remanescente coronário e o conduto estarem preparados adequadamente), o primeiro passo foi selecionar um pino pré-fabricado de plástico e personaliza-lo nas medidas do conduto. Foram lubrificadas com vaselina o interior do conduto e o remanescente preparado. Para o reembase do pino no interior do conduto, a resina acrílica autopolimerizável foi manipulada, envolvida ao redor do pino e inserida no interior do conduto utilizando a seringa Centrix. O material em excesso foi moldado na porção extra-radicular do pino, afim de se confeccionar a parte coronária do núcleo. Em seguida, inseriu-se o pino no conduto, com objetivo de se atingir o final do preparo. Durante a fase de polimerização da resina acrílica, foi realizado o movimento de inserção e remoção do pino, para evitar-se a retenção do mesmo no interior do conduto. Após a total polimerização da resina acrílica, foram utilizadas brocas diamantadas para dar o acabamento na porção coronária que irá encaixar a prótese, preservando a anatomia, o alinhamento e a relação com os dentes antagônicos. Concluída essa etapa, o núcleo de acrílico foi enviado ao laboratório para realizar sua fundição. Na sessão seguinte, antes da cimentação, é necessário realizar a prova para ver se está adaptado, inserindo o núcleo no preparo e verificando sua adaptação clinicamente e radiograficamente, se foi devidamente preenchida a região preparada. Após estar tudo adequado, foi realizada a cimentação do núcleo com cimento de fosfato de zinco, seguindo as recomendações do fabricante. Na fase de cimentação foi manipulado o cimento até obter a textura de "puxar fio" e levando

parte dele na região radicular do pino e dentro do preparo através da broca lentulo. O pino foi inserido e pressionado durante uns minutos para melhor fixação. Foi removido os excessos, e se necessário realizar um acabamento.

Uma boa cimentação é de extrema importância para se obter a prótese firme, alcançando longevidade do selamento e retenção da prótese. Além do conforto e segurança para o paciente, evitando que ele volte pelo fato de ter soltado (SILVA et al., 2016).

A etapa seguinte foi a confecção do provisório. Existem dois tipos de técnicas a serem executadas para confecção de um provisório. Uma é a técnica direta, que é feita sobre o dente preparado na boca do paciente, e a técnica indireta que é feita fora da boca, sobre um modelo de gesso. Na técnica direta temos como vantagens rapidez durante a execução, é de fácil confecção e reparo, tempo clínico relativamente rápido, e como desvantagens alteração de cor em curto prazo, tempo limitado de uso ou durabilidade. Já a técnica indireta tem como vantagens maior resistência aos esforços oclusais, promovem uma melhor estética, menor tempo de ajustes clínicos, e como desvantagens o alto custo.

No caso da paciente, foram realizadas as duas técnicas, pois haviam mais de um provisório a ser feito. Um deles foi o elemento 44, que após o retratamento de indicação ter sido realizado, em uma outra sessão foi confeccionado o provisório pela técnica indireta através do modelo de gesso da paciente, com resina acrílica autopolimerizável em laboratório e levados prontos somente para fazer ajustes necessários em boca, realizar acabamentos e por fim cimentar. Os outros elementos 15 e 17 foram através da técnica direta, que é realizada com resina acrílica (polímero e monômero) através da "técnica da bolinha". Manipulou-se o material, misturando o pó (polímero) no líquido (monômero) nas quantidades devidas, quando alcançou a fase plástica conhecida como fase de trabalho, foi feita uma "bolinha" e colocou-se sobre o preparo com o núcleo já cimentado, cobrindo toda a região, inserindo e removendo levemente até polimerizar e por fim dar anatomia ao provisório. A proporção pó/líquido é crucial para que o material alcance a consistência necessária, e se polimerize por completo (ALMEIDA; COIMBRA; VIANA, 2017).

Durante o período de atendimentos que tivemos, foi realizado a moldagem dos condutos e os provisórios dos elementos, 15, 17 e 44. O tratamento não foi finalizado, pois chegou ao fim das clínicas e as coroas definitivas ficaram para o

próximo ano. Porém, é de extrema importância ressaltar a realização dos provisórios, não só pela estética que os mesmos proporcionam, mas também para que o paciente não fique sem o elemento até obter a coroa definitiva. Algumas das vantagens do provisório, segundo Souza, Coelho e Almeida (2020) são de reestabelecer e manter a oclusão, a mastigação e a proteção pulpar e ajudar no diagnóstico da oclusal, além de ser necessário seguir fatores existentes na confecção da coroa provisória para se obter longevidade da prótese.

De acordo com Pegoraro (2013), a fase da confecção de um provisório é importante, pois, é a fase que se atende a expectativa do paciente. Mas se esse compromisso for quebrado por algum erro que altere a função, fonética e estética, pode-se causar um desconforto no relacionamento entre o Cirurgião-Dentista e o paciente, podendo assim trazer consequências negativas.

A confecção de um provisório é de extrema importância, deve-se seguir as normas de anatomia, ter equilíbrio. Um provisório muito baixo ou muito alto pode causar consequências negativas na função do paciente, podendo gerar desgastes, além de uma deficiência estética. A forma, altura e o cimento utilizado são fatores que influenciam na retenção da prótese provisória (SILVA et al., 2016).

Para que esteja ideal, o provisório deve estar na altura dos demais elementos. Também é essencial que sua adaptação esteja adequada, evitando assim, infiltrações, o que poderia gerar o comprometimento da estrutura dental (cáries), sensibilidade, ou até mesmo uma inflamação pulpar (PEGORARO, 2013).

Um provisório tem funções em prioridade, como manter a integridade marginal do preparo do dente, preservar a saúde periodontal, a proteção do complexo dentina polpa, evitando que haja sensibilidade, cáries, problemas gengivais (ALMEIDA; COIMBRA; VIANA, 2017). Por isso é de extrema importância uma correta adaptação cervical junto a um contorno correto às superfícies axiais com perfil de emergência plano, oferecendo condições para que a gengiva adapte corretamente nas superfícies da restauração (NEPPELENBROEK et al., 2003).

As coroas provisórias possuem a importante função de reestabelecer os referenciais perdidos de dimensão vertical, relação cêntrica, guia anterior e plano oclusal. Sendo assim, necessitam seguir alguns requisitos para adquirir o que se denomina "Oclusão Fisiológica", que nada mais é do que relação maxilo-mandibular (posição de trabalho) correta, contatos oclusais uniformes, guia anterior e dimensão vertical adequados. Atendendo aos requisitos, conseqüentemente oferecerá ao

paciente, uma função mastigatória eficaz, conforto, saúde periodontal, ausência de problemas na ATM, além de evitar o aparecimento de hábitos parafuncionais (NEPPELENBROEK et al., 2003). Segundo os autores, necessita-se que a oclusão mutuamente protegida seja mantida. O guia anterior deve proteger os elementos posteriores, durante a mastigação, os dentes anteriores controlam toda a movimentação mandibular evitando que os elementos posteriores entrem em contato. Isso irá acontecer ao final do processo de mastigação, promovendo estabilização para mandíbula e ATM. Sendo assim, o guia anterior ajustado adequadamente é crucial para promover estética, fonética e diminuir o estresse oclusal, a fim de aumentar a eficácia funcional e alcançando longevidade dos elementos naturais e das próteses. Para isso, os movimentos de lateralidade, protrusão e retrusão devem ocorrer sem moderação.

Na confecção de um provisório é necessário ser observado a resistência às forças mastigatórias. O material utilizado deverá apresentar resistência mecânica, estética, estabilidade dimensional e boa adaptação marginal, (ALMEIDA; COIMBRA; VIANA, 2017).

Todas as etapas para confecção de uma prótese fixa são importantes, pois uma coisa depende da outra para obter um resultado de sucesso. Desde a análise do caso do paciente e escolha de técnicas e materiais até a confecção, dependendo da realidade de cada paciente.

É essencial que uma confecção de restauração provisória seja executada de forma correta, oferecendo proteção pulpar, mantendo a função oclusal, facilidade para higienizar, retenção, resistência e estética. E não somente reintegrar os elementos danificados ou perdidos. Promovendo função e estabilidade, harmonizando os elementos dentais com a região periodontal. Através dessa fase de restauração provisória o profissional devolve ao paciente além de estética e funções, a autoestima e confiança em seu trabalho. Se o profissional tiver consciência de tamanha importância das restaurações provisórias levará ao sucesso das próteses definitivas. Assim como a cimentação tanto do pino como da coroa provisória devem ser executadas com atenção para promover qualidade e uma maior longevidade. (NEPPELENBROEK et al., 2003).

Nesse portfólio foi relatado a importância de se realizar a confecção de um pino intrarradicular seguido de uma coroa provisória nos elementos que foram tratados endodonticamente e que necessitam de uma resistência maior. É muito

importante que no final do tratamento endodôntico seja avaliado a quantidade e qualidade de dentina no remanescente dentário para que então seja possível fazer a escolha de qual tipo de retentor é o ideal para cada caso.

A técnica de confecção dos provisórios pode ser realizada de forma direta, ou indireta, com diversos tipos de resinas existentes no mercado. É muito importante levar consideração a facilidade de manuseio da técnica, o custo benefício do material, a estética, resistência e ajuste marginal, para a adequada realização das coroas provisórias.

### 2.3 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Késia Suelen Mariano

Meu nome é Késia Suelen Mariano, tenho 24 anos e sou natural de Campo Belo – Minas Gerais. Ingressei na faculdade de Odontologia no Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS, em fevereiro de 2015. A Odontologia tornou minha principal opção quando descobri que a minha mãe tinha perdido todos os dentes superiores, alguns devido à má higienização, outros por causa de um acidente automobilístico. Sendo assim, ela escolheu usar uma PPR (prótese parcial removível) por ser uma solução mais rápida e barata no momento.

Era notória a sua insatisfação com a PPR, não somente pela estética que a mesma oferecia, como também, por não estar bem adaptada. Por esse motivo, e por ser um dos seus grandes desejos, optou-se em colocar prótese sob implante, que finalmente possibilitou concretizar o seu grande sonho.

Após a realização dos implantes, foi necessário um período de seis meses, aproximadamente, para a total recuperação. Tempo este que não foi fácil, pois como a cirurgia é invasiva, a paciente apresentou vários incômodos, como ficar sem se alimentar de forma adequada, ficar sem sorrir, além da ansiedade para ver o resultado.

Ao final desse tempo, as próteses foram instaladas e o resultado foi muito satisfatório. A felicidade da minha mãe era enorme que extravasava para além do seu rosto. Ao observar a transformação e esperança que a Odontologia é capaz de proporcionar ao reestruturar a autoestima de um ser humano fui encontrando cada vez mais motivação para seguir a profissão de Cirurgiã-Dentista. A situação vivenciada pela minha mãe expandiu o meu horizonte sobre a área da Odontologia, onde foi possível perceber a ampla atuação do profissional na vida dos pacientes,

como por exemplo, na devolução da fonética, estética, e recuperação da autoestima perdida. Sendo assim, analisando todos esses fatores, consegui ter o incentivo necessário para iniciar a graduação.

O início dessa caminhada não foi fácil, após uma reprovação na disciplina OPC1 (Odontologia Pré-clínica), pensei em desistir da graduação. Porém, o desânimo, e a falta de motivação para com o curso não duraram muito. Em meio a altos e baixos, fui convidada por uma amiga cirurgiã-dentista a estagiar na clínica onde ela trabalhava. Em contato com o cotidiano dela, acompanhando a organização, planejamento, execução e avaliação de cada tratamento, percebi que meu interesse pela Odontologia só aumentava.

Atualmente, olhando para trás, consigo perceber como valeu a pena todos os desafios superados, as noites mal dormidas, as batalhas diárias e as ansiedades vencidas, que fazem me sentir orgulhosa pelo grande passo na realização do meu sonho. A Odontologia tem me permitido trazer a cada rosto um novo sorriso, o amor próprio e melhorias na autoestima de cada paciente. Analisando por essa perspectiva, me sinto segura que estou no caminho certo. A profissão vai continuar exigindo aperfeiçoamento e formação continuada, o que não é uma tarefa fácil, mas com motivação é possível ir além no que você se propõe a fazer com excelência.

### 2.3.1 Desenvolvimento do Caso Clínico

O caso clínico que será relatado aconteceu no 7º período na Clínica Integrada II do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS). A paciente procurou a Clínica Odontológica, apresentando queixa relacionada a intenso sangramento de gengiva ao escovar. Em seu relato, ela demonstrava desconforto e preocupação quanto a situação que estava enfrentando.

Sabe-se que nenhum tratamento odontológico deve ignorar o contexto do paciente, seus hábitos e sua queixa principal. Então, durante a primeira consulta, foi realizado a anamnese detalhada, exame clínico, exame periodontal simplificado e o exame radiográfico.

Na anamnese foi observado que a paciente não possuía desordens sistêmicas e não era tabagista. No exame clínico foi observado grande acúmulo de biofilme e o exame periodontal simplificado apresentou: SD (sextante superior direito) = 3, SA (sextante superior anterior) = 3, SE (sextante superior esquerdo) = 3,

IE (sextante inferior esquerdo) = 3, IA (sextante inferior anterior) = 2, ID (sextante inferior direito) = 2. Os valores de escores apresentados nos sextantes representam a pior condição periodontal de cada um deles. Seguindo os seguintes critérios:

0- Saúde

1- Sangramento a sondagem.

2- Cálculo supra e sub gengival.

3- Profundidades de sondagens: 4mm – 5mm.

4- Profundidades de sondagens maiores que 6mm.

Em 1992, a American Dental Association desenvolveu juntamente com a American Academy of Periodontology, um novo índice periodontal denominado de PSR (Periodotal Screening and Recording), a fim de facilitar a identificação precoce da doença (SANTOS JÚNIOR et al., 2002). É um método de avaliação periodontal eficiente que se destaca pela sua facilidade e simplicidade de execução, por sua sensibilidade e por ser objetivo, sendo indicado para uso rotineiro em todas as áreas da Odontologia. Facilita a detecção precoce da doença periodontal, localizando e documentando através de uma sondagem simplificada, as necessidades de tratamento periodontal especializado dos pacientes, preenchendo os requisitos odonto-legais (SOCRANSKY et al., 1994; GROSSI et al., 1994). As informações obtidas após o exame são de fácil compreensão para o paciente, facilitando a conscientização em relação às condições de saúde e a comunicação entre o Clínico Geral e o Periodontista, podendo reduzir o número de dentes condenados periodontalmente pelo diagnóstico precoce (MEYLE; CHAPPLE, 2015). O PSR é uma ferramenta importante de diagnóstico periodontal, porém caso os escores se apresentem 3 ou 4, cria a necessidade de exame periodontal completo nos sextantes em questão.

Diante do quadro clínico periodontal inicialmente apresentado, a paciente foi submetida à raspagem supra gengival para remoção do cálculo com ultrassom, e curetas de Gracey Hu- Friedy e profilaxia para polimento coronário com escova de robson, e pasta profilática. Ademais, foi instruído a paciente sobre a correta higienização oral através da técnica de Bass com o auxílio do manequim, e escova dental de cerdas macias e cabeça redonda.

A técnica de Bass é caracterizada por método de escovação muito eficaz no controle do biofilme, e placa bacteriana. Essa técnica deve ser empregada através do posicionamento da escova em direção ao sulco gengival com uma angulação de

45° em direção relação ao longo eixo do dente, com a realização de pequenos movimentos vibratórios, e posteriormente, efetua-se o movimento de varredura em direção a oclusal dos elementos dentários posteriores, e incisal dos elementos anteriores. (PATIL; PATIL; KASHETTY, 2014; DYER; ADDY, NEWCOMBE, 2000).

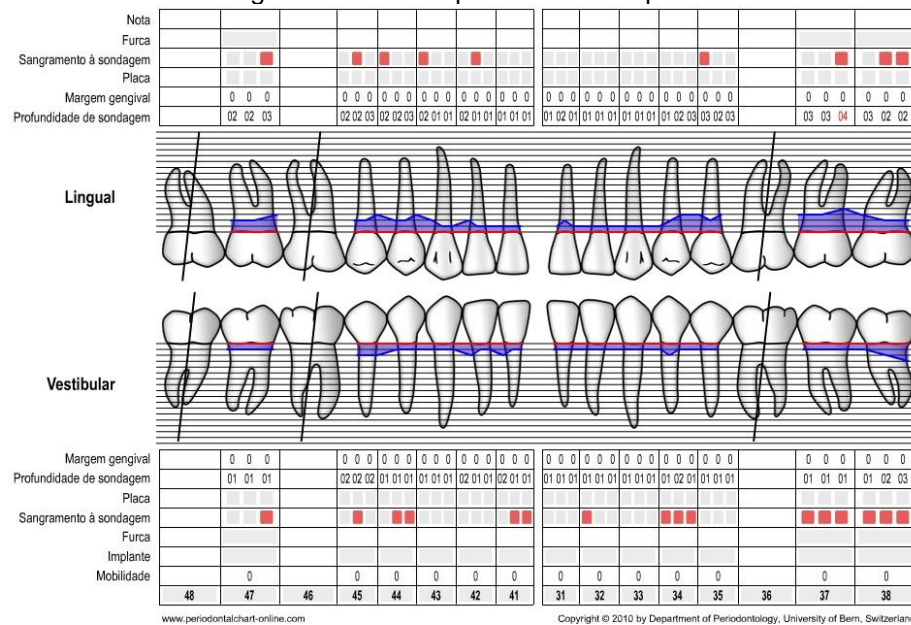
Posteriormente, a paciente foi encaminhada ao escovódromo para que fosse possível averiguar os possíveis vícios, e erros cometidos durante a escovação, além da possibilidade de ser aprendido na prática a realização de uma adequada higienização bucal. Segundo Angst, Gomes e Oppermann (2015), é possível identificar questões fundamentais relativas ao controle do biofilme supragengival. Este controle, se realizado pelo paciente diariamente, e de forma adequada, é fundamental em qualquer etapa da atenção periodontal. Por outro lado, a educação do paciente é de responsabilidade profissional e deve, portanto, ser trabalhada em todas as fases da terapia periodontal, por meio da identificação das necessidades individuais em relação ao controle mecânico supragengival e, quando necessário, da adequação ou modificação dos hábitos do paciente. Além disto, muito embora a atuação deste binômio paciente-profissional, objetivando o controle supragengival, não se constitua como uma intervenção terapêutica única para a periodontite, sua realização, como etapa prévia e separada da intervenção de raspagem e alisamento radicular, pode proporcionar reduções relevantes nos indicadores inflamatórios, o que, por sua vez, pode auxiliar no posterior controle subgengival e em sua efetividade.

Não obstante, na falta de um controle supragengival adequado, o efeito terapêutico da intervenção subgengival será limitado, provisório ou mesmo nulo. Neste ponto, não surpreendentemente, destaca-se a posição de alguns autores em seus artigos vinculados ao 11º Workshop Europeu em Periodontia, como por exemplo, mostrou Tonetti et al. (2015).

Após 7 dias do atendimento inicial, a paciente retornou e foi realizado exame de raios X periapical completo (Figura 9) e exame periodontal completo (Figuras 10 e 11).



Figura 11 - Exame periodontal completo



Fonte: Prontuário da clínica de Odontologia do UNILAVRAS (2019)

Diante dos achados radiográficos e periodontais, o diagnóstico periodontal em questão foi Periodontite estágio 2, grau I. A periodontite não é uma doença infecciosa bacteriana convencional, o biofilme bacteriano é o fator etiológico primário para o início da inflamação gengival e subsequente destruição dos tecidos periodontais (SOCRANSKY et al., 1994). Entretanto, a presença isolada do biofilme responde por uma pequena proporção (20%) de variações na expressão da doença periodontal (GROSSI et al., 1994). Esse fato ressalta a importância da resposta do hospedeiro como um dos principais fatores implicados no desenvolvimento da destruição periodontal. Dessa forma, os conceitos atuais demonstram que a disbiose da microbiota bucal associada a uma resposta imunoinflamatória desordenada conduz à destruição dos tecidos periodontais (HAJISHENGALLIS, LAMONT, 2012; MEYLE, CHAPPLE, 2015). Fatores de risco adquiridos e ambientais (ex.: diabetes mellitus, fumo e estresse), bem como algumas características geneticamente transmitidas (ex.: polimorfismos gênicos para a Interleucina [IL]-1) podem acentuar a resposta inflamatória decorrente da agressão bacteriana e, eventualmente, a suscetibilidade à doença periodontal (SALVI; LANG, 2005). Neste cenário, a terapia periodontal passa por desafios inerentes a uma mudança conceitual, tais como compreender o significado do controle supragengival para a prevenção, tratamento e manutenção dos resultados terapêuticos.

De acordo com o diagnóstico periodontal foi traçado um plano de tratamento que seguia a seguinte sequência:

Raspagem subgengival do quadrante superior direito.

Raspagem subgengival do quadrante superior esquerdo.

Raspagem subgengival do quadrante inferior esquerdo.

A raspagem supragengival e o desbridamento subgengival têm sido considerados eficazes no tratamento da periodontite e ainda é a abordagem mais utilizada na terapia periodontal não cirúrgica. No caso em questão foi utilizado para a raspagem supra gengival e desbridamento subgengival através do ultrassom Jet Sonic Bp Gnatus, com a ponteira P4 da Gnatus e, por último, foi realizado a complementação da raspagem com as curetas de Gracey Hu- Friedy (5/6 indicada para todas as faces dos dentes anteriores e pré-molares, 7/8 para faces vestibulares e palatina/lingual dos dentes posteriores, 11/12 para dentes posteriores na face mesial e 13/14 para elementos posteriores face distal). A técnica ideal no momento da realização dos movimentos de raspagem é através da tração vertical, horizontal, oblíquo-impulsão, com angulação do instrumental de 45° em relação ao longo eixo do dente.

Alguns estudos têm reportado a diminuição de tempo, melhora no acesso, menor dano à superfície radicular e maior conforto para o paciente quando se utiliza ultrassons com insertos específicos no desbridamento subgengival. A característica específica de cada inserto é o que vai definir a indicação para qual é mais recomendada, como no caso dos insertos com pontas mais finas para a remoção de cálculo subgengival e pontas mais grossas para áreas supragengivais.

Antigamente, acreditava-se que o biofilme bacteriano, o cálculo e o cimento contaminados com produtos e componentes bacterianos (por exemplo, endotoxina) exigiam remoção por raspagem completa e alisamento radicular para alcançar a saúde periodontal. Segundo Hatfield e Baumhammers (1971) superfícies radiculares expostas à doença periodontal são tóxicas para o crescimento das células *in vitro*, e Aleo et al. (SOCRANSKY et al., 1994; GROSSI et al., 1994) mostraram que a endotoxina de dentes com envolvimento periodontal era tóxica para os fibroblastos, inibindo seu crescimento. Nabers (1970) defendeu a remoção da superfície da raiz amolecida e contaminada a fim de obter uma superfície lisa e dura que impediria a recolonização bacteriana. O consenso geral entre pesquisadores e clínicos é que o cimento, embora seja difícil de ser preservado durante a remoção do cálculo, o

mesmo não precisa ser sacrificado para um bom resultado terapêutico. Parece que a endotoxina adere às superfícies da raiz sem penetração no cimento, e sua ligação às superfícies da raiz parece ser fraca (NAKIB et al., 1982). O alisamento da raiz com instrumentação manual é capaz de remover as irregularidades da raiz que abrigam o biofilme bacteriano e o cálculo, e torna as superfícies das raízes doentes livres de endotoxinas detectáveis. (HUGHES, AUGER, SMALES, 1998; JONES, O'LEARY, 1978). No entanto, foi demonstrado que técnicas mais suaves, utilizando equipamentos sônicos ou ultrassônicos, são igualmente eficazes na remoção de placa e cálculo. (MOORE, WILSON, KIESER, 1986).

A terapia periodontal não cirúrgica envolve a remoção mecânica e o rompimento de colônias bacterianas das superfícies dentais e radiculares. Isso pode ser realizado manualmente, com escalonadores sônicos e ultrassônicos. O aplainamento da raiz com instrumentos manuais permite remover as irregularidades da raiz que abrigam o biofilme bacteriano e o cálculo. O desbridamento da raiz com equipamentos sônicos e ultrassônicos remove menos da estrutura do dente, mas deixa uma superfície áspera. No entanto, ambas as técnicas são igualmente eficazes na remoção de depósitos de biofilme bacteriano e cálculo.

As seções de atendimentos clínicos foram separadas de acordo com o dia disponível da Clínica de Odontologia da disciplina Clínica Integrada II do UNILAVRAS. Em todos os dias de atendimentos era avaliado o índice de biofilme e sangramento gengival. A situação sócio econômica que a paciente se encontrava era extremamente baixa e que justificava a ausência dos materiais necessários para a execução da correta higienização, sendo estes, os motivos preponderantes para precária condição de saúde bucal da mesma. Após ouvir o relato da paciente sobre sua atual circunstância de vida, e as dificuldades que a mesma enfrentava para garantir o sustento de sua família, me senti motivada a ajuda-la de alguma forma. No final da consulta, foi disponibilizado um kit de higiene bucal com escova, pasta de dente, e fio dental, para que assim a paciente se sentisse mais motivada a executar no dia a dia as técnicas de escovação ensinadas na clínica. Além disso, aproveitou-se o momento e foi proposta uma visita à residência da paciente com o objetivo de conhecer melhor a sua situação de vida, e lhe proporcionar uma maior assistência. No momento da visita, foi levado alguns itens de necessidades pessoais, além de roupas, sapatos, e utensílios domésticos adquiridos através de doações de colegas que também se sentiram sensibilizados com a situação da paciente. A solidariedade

sempre fez parte da minha vida, e um pequeno ato como esse, seria possível impactar de forma significativa, não somente a vida da paciente, como de toda a família.

Segundo alguns estudos realizados na cidade de Valência na Espanha constatou-se em uma amostra referente a uma parcela de cidadãos do município, que a doença periodontal está intimamente ligada as condições socioeconômicas, que podem ser elencados como por exemplo, baixo índice de escolaridade, e classe econômica, assim como a idade, e o tabagismo. (CARASOL et.al., 2016; BECK et.al., 2006).

Os grupos de populações que estão inseridas em níveis de classe sociais com maiores privilégios, se comparado as populações de renda socioeconômica baixa, possuem menores chances de apresentarem periodontopatias. A maior facilidade ao acesso às escolas que fornecem uma educação continuada, e de melhor qualidade, assim como maior acessibilidade aos serviços e práticas de saúde voltadas na promoção e prevenção, caracterizam fatores essenciais no que diz respeito a influência que exercem nos pequenos índices de doenças periodontais em classe econômicas mais favorecidas (SABBAH; SHEIHAM, 2010).

Após a realização da visita, foi notório perceber a evolução positiva no quadro de saúde bucal da paciente, com a redução considerável no índice de biofilme e sangramento. É um ganho inestimável poder ajudar a quem precisa, abrir os olhos para uma realidade diferente da qual está acostumado e, conseqüentemente, amadurecer como profissional, e ser humano. O sentimento é de muita gratidão por ter a oportunidade de iniciar o tratamento periodontal nessa paciente, e ser responsável por proporcionar uma promoção de saúde fundamentada em valores humanizados e cuidados com a prevenção, e o restabelecimento de uma condição adequada de saúde bucal.

#### 2.4 Apresentação das atividades desenvolvidas pela aluna Renata Leão Martins

Meu nome é Renata Leão Martins, sou natural de Januária – Minas Gerais, tenho 26 anos, e ingressei na Faculdade de Odontologia no Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS, em fevereiro de 2016.

O caminho que percorremos até a decisão sobre a escolha profissional que melhor se encaixa no nosso perfil exige muito autoconhecimento e reflexão. Para que fosse possível alcançar esse estágio de decisão vocacional foi necessário passar por alguns caminhos frustrantes, mas de muito aprendizado.

A minha primeira escolha, sob influência de familiares, foi pela área do Direito, na Faculdade PUC MINAS de Belo Horizonte. Porém, ao longo da graduação, eu constatei que não era um caminho que eu encontrava realização profissional. Assim sendo, fiz uma análise ponderada sobre a situação que eu estava vivenciando, e consegui ter o impulso necessário para abandonar o curso de Direito e buscar outras opções que me proporcionaria maior satisfação.

Em fevereiro de 2015, iniciei minha matrícula em um cursinho na cidade de Lavras. Essa nova fase exigiu não somente equilíbrio emocional para encarar a rotina estressante de um vestibulando, mas também muita maturidade e comprometimento para correr atrás de novas possibilidades.

As pesquisas na internet, testes vocacionais, e principalmente, vídeos sobre os cursos na área da saúde me despertavam muita atenção, principalmente, na área da Odontologia, com todos os recursos e estrutura que a faculdade do Unilavras proporcionava.

O ano de 2016 foi um marco inicial da minha vida acadêmica, pela decisão de me ingressar no curso de Odontologia na Faculdade do Unilavras. O auxílio dos professores foi imprescindível para conseguir ultrapassar todos os obstáculos e dificuldades que a vida acadêmica proporcionava e extrair o máximo de aprendizado proporcionado por eles.

Ao longo da minha graduação eu tive a oportunidade de vivenciar diversas experiências que me marcaram de forma positiva, mas entre todas elas, o tratamento realizado na Odontopediatria foi a que mais me chamou a atenção.

O diferencial que a Faculdade do Unilavras proporciona aos alunos do curso de Odontologia, está relacionado, principalmente, ao fato da equipe de profissionais trabalharem de forma integrada, com odontopediatras e ortodontistas. A forma de conduta clínica dos professores, não é baseado somente no tratamento restaurador individual, mas também, na promoção, prevenção e recuperação dos pacientes.

A Ortodontia na Odontopediatria, responsável pelo tratamento ortodôntico precoce, busca o diagnóstico correto e a intervenção ortodôntica da má oclusão, de

modo que o paciente adquira o desenvolvimento harmônico da maxila e da mandíbula.

O propósito deste portfólio, é relatar o caso clínico de uma paciente do sexo feminino, 3 anos de idade, melanoderma, que foi encaminhada a Clínica de Odontologia do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) com indicação para tratamento na odontopediatria e ortodontia. O caso iniciou-se com a supervisão dos Professores Ricardo Augusto Barbosa, Luciana F. P. Gonçalves Tourino e Isis Maria Patto Carvalho, na Odontopediatria, e o professor José Norberto de Oliveira Júnior na Ortodontia do sétimo período e oitavo período.

#### 2.4.1 Desenvolvimento do Caso Clínico

O conceito de cárie precoce na infância teve a sua origem no final da década de 1990, sendo caracterizada pela existência de uma ou mais superfícies dentárias cariadas (cavidades ou não), perdidas (devido à lesão cariada) ou restauradas, em dentes decíduos de uma criança de até 5 anos de idade (MASSARA; RÉDUA, 2017).

Segundo Sukumuran, Avil e Anand (2017), cárie de mamadeira, cárie de enfermagem, cárie desenfreada, cárie dentária de mamadeira, síndrome de mamadeira de leite e cárie prolongada de hábitos de enfermagem, são algumas das terminologias usadas para definição de cárie precoce na infância.

A cárie precoce na infância é um desafio para a saúde do país, principalmente pela característica de cronicidade, além de inúmeras bactérias, como o *Streptococcus mutans* (SM) que são responsáveis pela degradação do esmalte dentário (LARANJO et al., 2017).

A presença da sacarose na dieta da criança, e a ausência e/ou ineficiência na higienização bucal estão predominantemente relacionadas ao surgimento do *S. mutans*, e este se enquadra como principal fator causal para o surgimento da doença cárie (MASSARA; RÉDUA, 2017).

A determinação do risco e atividade de cárie são fatores de grande importância no tratamento odontopediátrico de bebês, crianças e adolescentes. Diante disso, é recomendável que a partir dos seis meses de idade, a criança já tenha iniciado o tratamento Odontológico com o Cirurgião-Dentista. O risco é definido pela chance de ocorrência de um fenômeno, depois que foi submetido a um

determinado acontecimento. O fenômeno se refere ao progresso da lesão cariosa, e o risco está relacionado até onde uma pessoa pode ser capaz de adquirir esse fenômeno, em uma determinada fase da vida. Em contrapartida, a atividade de cárie pode ser caracterizada pelo nível de desenvolvimento ou rapidez dessa patologia. Logo, um paciente com atividade de cárie, evidencia a presença dessa doença já em processo de manifestação, e por isso, o risco já existe, não sendo mais viável julgá-lo (MASSARA; RÉDUA, 2017).

O estágio e o avanço dessas lesões cariosas serão responsáveis por caracterizar o nível de comprometimento para os dentes permanentes, além da possibilidade de acarretar problemas psicológicos, baixa autoestima, alterações no comportamento, nas relações sociais, e afetar o desempenho escolar do paciente (SILVA et.al., 2017).

Segundo Sukumuran et al. (2017), a dieta rica em açúcar, amamentação noturna, saúde bucal materna, parto prematuro ou baixo peso ao nascimento, prática errônea de escovação, status socioeconômico, defeitos no esmalte, ausência de exposição ao flúor, são alguns entre os inúmeros fatores, responsáveis pela etiologia da cárie, grandes influenciadores no que tange ao surgimento e progresso da cárie precoce na infância.

Nas primeiras consultas com a criança é essencial que o profissional tenha consciência sobre a importância de traçar um atendimento mais leve e humanizado, a fim de conhecer melhor o paciente e obter um bom relacionamento com o mesmo durante todo o tratamento. Além disso, os pais também são muito importantes nessa situação, uma vez que já conhecem os anseios e os medos dos seus filhos, e através do diálogo, é possível deixá-los mais preparados a fim de colaborar positivamente com as consultas (SILVA et.al., 2016).

A primeira fase do tratamento na Odontopediatria deve ser iniciada com o programa de avaliação pré-operatória e cuidados de emergência. Segundo Guedes-Pinto e Moura (2016), o exame de emergência deve ser realizado em casos de urgência para o tratamento, como por exemplo, em situações de dor, abscessos agudos, traumatismos, e etc. Esse tipo de exame, exige rapidez, precisão, e o bom resultado do mesmo, dependerá não somente da aptidão do profissional, mas também do seu nível de conhecimento para diagnosticar as doenças agudas.

Após verificar que a paciente não estava em situação de urgência, iniciou-se, a segunda fase do tratamento com o programa preventivo individual. Nessa

situação, foi levado em consideração os fatores socioeconômicos, culturais, e biológicos do contexto familiar em que a criança estava inserida.

O programa preventivo individual está fundamentado na situação de atividade de cárie do paciente. Através da realização do diagnóstico da situação clínica da criança, exames clínicos, radiográficos, avaliação da dieta, e condição de higiene bucal foi possível estabelecer o plano de tratamento para a mesma.

A primeira consulta foi iniciada com as perguntas sobre o questionário do prontuário de identificação e de anamnese, para o responsável pela criança. No questionário, haviam informações a serem preenchidas, como por exemplo: os dados de identificação dos pais ou responsável, informações da anamnese como história dental, história médica, e hábitos bucais. Depois, foi realizado o exame clínico extrabucal da paciente, com a inspeção, palpação, percussão, auscultação, análise da articulação temporomandibular (ATM), padrão facial, olhos, boca, nariz, ouvido. Após o exame extrabucal, iniciou o exame intrabucal, com análise dos tecidos moles, e dentição. O exame foi realizado de forma minuciosa, com boa iluminação para melhor visualização das estruturas duras e moles, com a utilização dos instrumentais disponibilizados para o exame clínico, como o espelho bucal infantil, sonda exploradora, pinça clínica, espátula de madeira, gaze, algodão, fio dental, substâncias evidenciadoras de placa bacteriana e pastas profiláticas (GUEDES-PINTO; MOURA, 2016).

E para finalizar, ainda na mesma sessão, realizou-se o exame de oclusão da paciente, dividindo-o em três etapas. A primeira etapa do exame foi baseada na análise facial, identificação os padrões de crescimento transversais (com as assimetrias maxilar e mandibular), verticais, sagital (anteroposterior), e se havia presença de desarmonias dento-oclusais anteroposteriores. A segunda etapa, foi através do exame intrabucal, avaliando a funcionalidade da oclusão, e as relações dentárias intra e interarcos dentários. Por último, realizou-se a análise funcional visando identificar os fatores funcionais relacionado a má oclusão como detecção de hábitos deletérios, e disfunções temporomandibulares (SILVA-FILHO; GARIB; LARA, 2013).

Na sessão clínica subsequente, procedeu-se aos exames radiográficos periapicais e interproximais de todos os elementos que haviam suspeita de cárie ativa (51,52,61,62,55,65,75,84,85), e dos elementos (64 e 54) que apresentavam na cavidade bucal, como raízes residuais. Os elementos (51, 52, 61 e 62) se

apresentavam em situação de cárie ativa com cavitação, e com grande comprometimento estético, logo, optou-se em realizar a escavação em massa desses elementos, com colher de dentina, e restauração com ionômero de vidro modificado por resina.

Após a realização de todos os exames clínicos, foi iniciado a instrução de higiene oral para os pais e para a criança, aconselhamento da dieta relacionado à saúde bucal, escovação supervisionada com a escova, e o fio dental. Além disso, foi realizado a evidenciação de biofilme, orientação sobre o uso dos fluoretos, profilaxia, aplicação de flúor a fim de obter um controle do biofilme.

Antes de iniciar o tratamento ortodôntico, e restaurador, foi traçado um diagnóstico e plano de tratamento para o caso da paciente, sob a análise dos resultados clínicos e radiográficos (Figuras 12 e 13). Segundo Janson et al. (2013), a radiografia é muito eficaz para ajudar a diagnosticar e realizar um plano de tratamento para a paciente.

Figura 12 - Fotografia da arcada superior (Após as exodontias do 54 e 64).



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2019).

Figura 13 - Fotografia da arcada inferior



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2019).

Posteriormente, foi realizado o diagnóstico ortodôntico da paciente pelos resultados dos exames obtidos. Verificou-se que a paciente tinha mordida cruzada posterior, se encontrava no primeiro período transitório da dentadura decídua, presença de má oclusão classe II com discrepância anteroposterior, desvio de linha média para a direita, e maxila atrésica.

Os elementos 54 e 64 apresentavam grande destruição coronária, devido a extensa atividade das lesões de cárie impossibilitando preservá-los na cavidade bucal. As lesões já estavam comprometendo a polpa, e suas estruturas, com as reabsorções de furca, não sendo indicado o tratamento endodôntico, mas sim a exodontia (BAUSELLS et al., 2011).

Diante disso, ficou decidido dividir as exodontias por sessão clínica, devido à idade da paciente, e a complexidade do procedimento, demandando um tempo maior para executá-las. Desse modo, realizou-se a exodontia do elemento 54, e posteriormente, na sessão subsequente, do elemento 64.

Na consulta anterior à cirurgia foi realizada as instruções ao pai responsável, sobre o procedimento cirúrgico que seria realizado na paciente, mostrando os motivos para realizar tal ato cirúrgico, as possíveis complicações, além da possibilidade de ser realizada a contenção física na criança, se a mesma não colaborasse com o ato operatório.

É importante relatar ao responsável pela criança, que o mesmo deverá estar de prontidão para auxiliar na contenção, se necessária. Ademais, também foi orientado o pai, que é um procedimento invasivo, e neste caso, em se tratando de

uma grande destruição coronária, requer mais cuidado, e concentração do profissional. Ressaltou-se também, que os alunos têm a orientação dos professores do início ao fim do procedimento, e que é normal a criança chorar, ou não cooperar com a cirurgia. No procedimento cirúrgico realizado, primeiramente, a criança, e o profissional foram posicionadas de melhor forma na cadeira odontológica no intuito de ter uma melhor visualização da área a ser operada, além possibilitar o adequado manuseio do instrumental de cirurgia.

Todo o campo cirúrgico (cadeira do Cirurgião e auxiliar, bancada cirúrgica) assim como o próprio ambiente, passaram pelo processo de assepsia cirúrgica. Posteriormente, realizamos a antissepsia intrabucal com digluconato de clorexidina a 0,12%, e depois, fizemos a antissepsia extrabucal com a mesma substância, porém em uma concentração de 2%.

No momento da aplicação da anestesia, a paciente demonstrou medo, insegurança, e tentou com vários movimentos grosseiros impedir a realização da mesma. Então, tentou-se através do diálogo acalmar a paciente, porém, sem resultado, foi necessário a contenção física da cabeça pela auxiliar, do corpo pelo pai responsável, e o auxílio do professor para a realização da anestesia.

A avaliação do comportamento negativo da criança no tratamento na Odontopediatria deve ser realizado não somente pela análise da faixa etária, mas também pelo tipo de conduta que a criança está manifestando. Diante disso, é indispensável que o profissional tenha a compressão necessária dos diversos tipos comportamentais infantis para que então, seja possível, interpretá-los, e utilizar o método mais adequado de controle comportamental. Existem diversas estratégias para o controle de comportamento no atendimento infantil, a fim de melhor conduzir o tratamento Odontológico, tais como, modelo de mão-sobre-a-boca, contenção física, reforço positivo, comunicação verbal, dizer-mostrar-fazer, distração, controle da voz, comunicação não verbal (SILVA et.al., 2016).

No tratamento da paciente, foi necessário colocar em prática as técnicas de controle comportamental, para que então fosse possível realizar a cirurgia. Primeiramente, utilizou-se da comunicação verbal, que como o próprio nome diz, é estabelecido um diálogo com o paciente relatando como será desenvolvido o tratamento. Em seguida, iniciou-se a comunicação não verbal, através de uma exteriorização da linguagem corporal, e do semblante facial para direcionar o

comportamento do paciente, e fortalecer o que foi passado através da comunicação verbal.

Um dos métodos utilizados na técnica da comunicação verbal, é a técnica falar-mostrar-fazer, que segundo Silva et al. (2016) é a mais empregada na Odontopediatria. Essa técnica é realizada por meio da comunicação do profissional com o paciente, a respeito do que será realizado durante o procedimento, através de expressões que são próprias para a fase de vida que aquela criança se encontra, posteriormente, apresentou-se os instrumentais para que fosse possível a sua visualização e então concluir o procedimento desejado.

Após realizar as técnicas elucidadas anteriormente, e sem a obtenção de muito sucesso, recorreu-se a técnica da contenção física. Essa técnica estabelece como a última escolha de controle comportamental infantil, sendo utilizado somente em casos que a criança não colabora com o atendimento e com idade inferior a 3 anos. O paciente através da sua força, e com movimentos grosseiros, tenta impedir a realização do tratamento, sendo necessário utilizar a contenção pelo auxiliar, e o responsável pela criança por meio de membros corporais, como braços, mãos, ou objetos como fitas, cintos, fivelas, por exemplo (SILVA et al., 2016).

A cirurgia foi iniciada, secando com gaze na região onde será realizado a punção da agulha, para uma melhor absorção do anestésico tópico, e então o aplicamos nesse local, com intuito de diminuir a sensação dolorosa da agulha. Utilizou-se agulha curta, e o anestésico de eleição neste caso, foi a Lidocaína a 2% com Epinefrina em uma concentração de 1:100.000 UI, para uma melhor homeostasia na cirurgia e durabilidade maior da anestesia.

Aguardou-se um prazo de alguns minutos aproximadamente, e realizamos a técnica anestésica infiltrativa local. Após alguns instantes, realizou-se o teste com a sonda para verificar se o anestésico começou a agir nos tecidos, e foi comprovado resultado positivo. Então, efetuou-se a anestesia infiltrativa local, entrando com a agulha nas duas papilas (mesial e distal) de vestibular para lingual.

Por conseguinte, iniciou-se a etapa de diérese com o descolamento do tecido ao redor do dente com o auxílio do descolador de Molt. Posteriormente, foi realizado a exérese com movimentos extrusivos vestibulolingual com o fórceps nº 17, e alavanca infantil. Após realizada a exodontia do elemento dentário, executou-se a irrigação do alvéolo com soro fisiológico. O procedimento foi finalizado por meio da etapa de síntese com a sutura em ponto x, com fio de nylon. A medicação pós-

operatória foi apenas de analgésico, em caso de dor, e as devidas orientações aos pais, sobre evitar fazer bochechos nos primeiros dias, além de optar por uma dieta mais pastosa e líquida.

Depois da realização das exodontias, aguardou-se o prazo para que ocorresse a regeneração dos tecidos, e após a cicatrização foi realizada a remoção da sutura, sendo possível verificar uma boa cicatrização confirmando o prognóstico favorável do ato cirúrgico. Posteriormente, foi iniciado o tratamento interceptativo da paciente. O plano de tratamento interceptador sugerido foi a confecção do mantenedor de espaço removível, onde houve o preenchimento com acrílico na região referente aos elementos 54, e 64 que foram perdidos (Figura 14) com o intuito de manter o espaço. O aparelho dispunha de grampos do tipo Adams (grampo de retenção posterior), auxiliares, o arco vestibular de Hawley (grampos de retenção anterior), e o parafuso expensor.

Figura 14 - Fotografia da arcada superior após 14 dias das exodontias



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2019).

O tratamento ortodôntico foi realizado junto ao tratamento na odontopediatria devido a urgência da realização do mantenedor de espaço para a paciente. Os efeitos da perda precoce dos dentes decíduos são inúmeros, tais como: problemas mastigatórios, na fala, na estética do paciente, na migração dos dentes vizinhos, além de afetar o psicológico da criança, e interferir nas suas relações sociais. É muito importante que o diagnóstico da perda precoce dos elementos na dentadura decídua ou mista, seja realizada rapidamente para então, iniciar o tratamento

ortodôntico com uso de mantenedores, ou recuperadores de espaço (Figura 15). (NÓBREGA; BARBOSA; BRUM, 2018)

Figura 15 - Instalação do aparelho expansor de maxila removível



Fonte: Arquivo pessoal da Autora (2019).

O quadro da mordida cruzada da paciente, segundo as análises ortodônticas que foram relatadas, se apresentou com aspecto originário de problemas esqueléticos. Simultaneamente ao aparelho recuperador de espaço, foi inserido o expansor de maxila, para a correção da mordida cruzada posterior (Figura 16) aproveitando o dispositivo que fazia a contenção para também promover a correção da atresia maxilar apresentada pelo paciente. Segundo Silva-Filho, Garib e Lara (2013), a eficácia do tratamento com esse aparelho, dependerá da cooperação da paciente, da utilização todos os dias, como também na sua ativação.

Figura 16 - Fotografia da Mordida Cruzada Posterior



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2019).

Então, realizou-se a moldagem dos arcos com alginato, depois passou pelo processo de vazamento com gesso do tipo III, sendo obtido os modelos de estudo para a confecção do aparelho expansor ortodôntico.

É importante analisar quais foram os elementos decíduos que foram perdidos, uma vez que, a ausência de espaço em decorrência da perda dos segundos molares decíduos, se comparado a dos primeiros molares, é mais grave. Isso se deve a maior inclinação no sentido mesial, no percurso da erupção do primeiro molar adjacente (JANSON et.al., 2013).

Segundo Silva-Filho, Garib e Lara (2013), o tratamento interceptor é uma busca viável para correção de maloclusão classe II e III, mordidas cruzadas, mordida aberta anterior, gerenciamento dos espaços nos arcos dentários. É utilizado nas fases da dentadura decídua, ou mista, e através de meios mecânicos e não mecânicos busca excluir a maloclusão existente e em fase de progressão.

Segundo Janson et al. (2013), o Cirurgião-Dentista deve ser responsável pela identificação da perda precoce dos elementos decíduos, pois se nenhum tratamento for realizado, existe a possibilidade desse problema interferir na oclusão. Uma das consequências possíveis, é a perda de espaço devido à migração dos dentes vizinhos para a local onde o dente perdido se encontrava, ocasionando o fechamento ou redução do seu local original.

A mordida cruzada é um tipo de maloclusão muito encontrada em 18% da população brasileira, inicia-se de forma rápida, podendo aparecer não somente na fase infantil, como também na adulta, e a mesma não se corrige com o passar dos anos. O tratamento para esse tipo de problema ortodôntico deve ser rapidamente iniciado após a finalização do diagnóstico, e o prognóstico neste caso é melhor em crianças com no máximo 5 anos de idade (JANSON et al., 2013).

Na mordida cruzada, o paciente sofre, inicialmente com um desvio lateral da mandíbula no momento que o mesmo entra em oclusão, e este fato, pode ser explicado muitas vezes, pelas interferências oclusais. A ocorrência dessa maloclusão, em sua grande parte, ocorre pela compressão bilateral de ambos os lados da maxila (BATISTA; SANTOS, 2016).

Segundo Batista e Santos (2016), o diagnóstico da origem da mordida cruzada é de suma importância para o estabelecimento do plano de tratamento ideal para o caso, podendo ser de caráter dentoalveolar, ou esquelético. Diante dessa identificação, parte-se para a escolha do melhor tratamento, com opções de

expansão ortodôntica em casos de problemas dentoalveolares, ou expansão ortopédica, em situações disfunções esqueléticas.

Diante da discrepância de proporções da arcada superior em relação a arcada inferior, ocasionada pela mordida cruzada posterior, ocorre um desequilíbrio na relação cêntrica (RC), e uma máxima intercuspidação habitual (MIH) favorável. O formato da arcada superior na mordida cruzada se torna semelhante à forma de um triângulo, e esse fato se torna um empecilho para que a arco superior encaixe perfeitamente, sob o arco superior inferior. O tratamento terapêutico que muitos autores recomendam, são realizados a partir da dentadura decídua, visando um aumento das dimensões maxilares, com o intuito de conseguir morfologia mais adequada. Estudos relataram que a mordida cruzada não tratada na dentição decídua não se autocorrigem na transição para a dentadura permanente. Sendo assim, o emprego de aparelhos fixos ou terapia funcional precisam iniciar em idade precoce para que se evite um problema esquelético na idade adulta, que poderá ser corrigido somente com cirurgia ortognática. Portanto, a fim de determinar o plano de tratamento para a mordida cruzada posterior, esta deve ser diagnosticada de forma a detectar se a maloclusão ocorreu por um problema envolvendo estruturas dentoalveolares ou esquelética (JANSON et al., 2013). Segundo os autores, para que seja possível conseguir a distinção entre a mordida cruzada posterior dentária, da mordida cruzada esquelética, é necessário que seja realizado o diagnóstico diferencial entre ambas. O diagnóstico, deve ser baseado no formato do arco dentário, nas dimensões de largura do corredor bucal, a existência de apinhamento isolado na arcada superior, e o quão grave aparenta estar a mordida cruzada do paciente.

Os fatores causais da mordida cruzada posterior incluem os fatores ligados a hereditariedade, hábitos bucais deletérios como sucção não nutritiva, respiração bucal, bruxismo, interposição lingual, hipertrofia das adenoides e tonsilas, hábitos de morder objetos e bochechas (CRUZ et al., 2019).

Além desses fatores etiológicos, mencionados anteriormente, existem também diversos outros, tais como: ectopia do germe do dente permanente; falta de espaço nos arcos (discrepância entre o tamanho do dente e o tamanho do arco); fissuras labiopalatinas, deglutição atípica, e hábitos de fonação (JANSON et al., 2013).

Diante das diversas razões etiológicas, o paciente começa a praticar contrações musculares inconscientemente, e posteriormente, prossegue de forma inconsciente. Em face desse exposto, é importante ressaltar, as graves sequelas no processo do desenvolver-se ósseo, nos locais onde serão posicionados os elementos dentários, no âmbito da respiração e fonética, além de influenciar de forma negativa na harmonia do sistema estomatognático (CRUZ et al., 2019).

Após a confecção do aparelho, foi feita a instalação e as orientações ao responsável, e para a criança, sobre a importância de ser utilizado todos os dias, de forma integral, e somente retirá-lo quando houver necessidade de se alimentar, dormir, escovar os dentes, ou quando for participar de alguma atividade esportiva. Além disso, é importante mencionar, que a paciente mostrava-se ser bem colaborativa para com a utilização do aparelho, sendo possível, obter resultados positivos em um período de tempo razoável.

O protocolo correto de ativação do aparelho para correção da mordida cruzada, ocorre pelo número de ativações, sendo recomendadas pela literatura 2/4 de volta por semana. Logo, indica-se que seja feito uma ativação no período da manhã, e outra no período da noite, sendo avaliado a cada semana a progressão do tratamento ortodôntico.

Durante todas as consultas seguintes, foi feito uma análise do processo de atividade da cárie da paciente, observando sempre o avanço e/ou paralisação das mesmas. Essa análise, teve como objetivo, averiguar a evolução do quadro clínico da paciente no que diz respeito, não somente as condições de saúde e higiene bucal como também o estado motivacional para a realização deste. Através dessa análise, foi constatado, que a paciente conseguiu melhorar não somente os hábitos de higiene bucal, como também os hábitos alimentares.

O diagnóstico clínico deve ser baseado não apenas nas características biológicas relacionadas as lesões cáries (localização, profundidade, atividade, e ciclo biológico do dente), como também, o nível de gravidade clínico do paciente, e sua capacidade de colaborar com o atendimento. Além disso, a decisão pelo melhor plano de tratamento, deve ser levado em consideração, as vontades do paciente, e da família (PORDEUS; PAIVA, 2014).

Após realizar todos os procedimentos ortodônticos necessários, foi iniciado a terceira fase do tratamento na odontopediatria caracterizada pelo ato operatório de restaurar os elementos dentários retirando as lesões cáries. Houve um processo

de paralisação da atividade das lesões cáries identificadas no início do tratamento, sendo possível, iniciar a fase restauradora.

O procedimento restaurador foi dividido em sessões clínicas de acordo com o nível de gravidade que requisitava em cada elemento dentário. Sendo assim, a primeira sessão do tratamento restaurador, foi definida pela restauração Classe II no elemento 65, que se apresentava com uma extensa lesão cáries na palatina. Na segunda sessão, realizou-se a restauração do elemento 55 que também se apresentava na mesma situação clínica anterior.

Na terceira sessão, foi executado a restauração dos elementos 84 e 85 Classe I (Oclusal), e neste último, necessitou-se do forramento em hidróxido de cálcio devido a uma cárie profunda, e micro exposição pulpar. Na quarta sessão, efetuamos, também, uma restauração Classe I (Oclusal), do elemento 75.

Os últimos procedimentos restauradores foram as reconstruções coronárias dos elementos 61, 62, e na sessão posterior, foi finalizado com a reconstrução coronária dos demais elementos, 51 e 52.

No último atendimento, iniciou-se o polimento e acabamento das restaurações realizadas, sendo possível visualizar o resultado após a finalização do tratamento nas Figuras 17,18 e 19. Além disso, foi reforçado as corretas instruções de higiene oral, e orientado ao pai responsável sobre a importância das consultas de preservação, sendo necessário agendá-las periodicamente, com o intuito de avaliar o quadro da paciente, e resguardar uma boa saúde bucal para a mesma deste dia em diante.

Figura 17 - Fotografia da arcada inferior vista oclusal



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2019)

Figura 18 - Fotografia vista palatina



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2019)

Figura 19 - Fotografia vista vestibular



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2019)

Em virtude do contexto abordado, corrobora a importância do tratamento Odontológico iniciado em crianças logo na primeira infância a fim de prevenir a necessidade de tratamentos curativos e emergenciais. Logo, é possível concluir que ações de promoção de saúde bucal nesse período por meio de um diálogo e bom relacionamento entre a criança e o profissional, além dos tratamentos rotineiros, com métodos educativos e preventivos, são capazes de diminuir a taxa de complicações na saúde bucal. Diante desse exposto, haverá uma redução nos cenários clínicos estresse e dor, e como consequência uma diminuição no nível de ansiedade e medo dos atendimentos.

## 2.5 Apresentação das atividades desenvolvidas pelo aluno Saulo Thiago Neves de Sousa Assis

Durante toda minha infância minha mãe me acompanhava até o postinho da minha cidade onde havia um consultório odontológico em que eu era atendido. Através das consultas eu sempre observei atentamente o trabalho de uma dentista, onde fui me interessando pela área e criando o sonho de ser um Cirurgião-Dentista no futuro.

O tempo foi passando, até que eu me formei no ensino médio, e me inscrevi no vestibular do Centro Universitário de Lavras, onde fui aprovado no curso de Odontologia em 2015. A cada dia que passava eu conhecia um pouco mais do curso e no decorrer do tempo, eu percebi que estava mesmo no caminho certo, e construindo de fato meu sonho profissional.

Em 2020, no nono período, tive a oportunidade de fazer a disciplina de Estágio Supervisionado com o professor Luiz Henrique Júlio de Souza, na Fazenda Senhor Jesus de Lavras, mais conhecida como Fazendinha (Figura 20).

Figura 20 - Fotografia da Fazendinha



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2019)

A Fazendinha foi criada em fevereiro de 1985 e administrada pela AREST – Associação de Recuperação pela Educação, Saúde e Trabalho, tendo como seu

Diretor Administrativo e Orientador Espiritual, o Reverendo Senhor Padre Israel Batista de Carvalho, da Congregação dos Padres do Sagrado Coração de Jesus.

Funciona como um centro terapêutico com fundamento de prevenir e conscientizar a população dos riscos e danos causados pelo álcool e pelas drogas, tendo como base a recuperação fundamentada na espiritualidade e sua programação consiste em: Santas missas, terços, oração da manhã, adoração eucarística, ensaios de cantos, via sacra, reuniões de grupos de oração, encontros com outras comunidades e movimentos religiosos, reuniões de alcólatras anônimos, e narcóticos anônimos, palestras e depoimentos dos internos e terapia verbal individual.

Atualmente a instituição acolhe mais de 30 internos que ali perduram por 12 meses. Neste período eles participam de trabalhos laboroterápicos, acompanhamento psicológico, odontológico, e terapia ocupacional, onde exige o trabalho na horticultura, preparação das refeições bem com a limpeza e arrumação do material utilizado para o preparo, lavagem de roupas pessoais, faxina das dependências da fazendinha, grupo de dança e teatro, educação física, futebol, yoga, conservação de todos os equipamentos e utensílios do centro, trabalhos na oficina profissionalizante e cuidado dos animais que ali criavam. Diante de tudo que conheci, as minhas expectativas antes de conhecer a Fazendinha foram superadas.

Além de tudo o local ainda dispõe de uma infraestrutura com campo de futebol, academia, sauna, sala de televisão, refeitório, dormitórios, consultório odontológico, e etc.

O consultório odontológico onde era o local de trabalho (Figura 21), dispunha de um arsenal limitado, mas que possibilitava a realização de muitos procedimentos que poderiam ser feitos ali, composto por um equipo, instrumentais clínicos e cirúrgicos, caneta de baixa rotação, aparelho de raio X, aparelho de ultrassom, jato de bicarbonato, fotopolimerizador, autoclave, pia para lavagem dos instrumentais, descarte de perfurocortantes, uma farmácia com medicamentos necessários para uso dos internos, dois armários com portas para estocagem dos materiais usados no consultório e alguns materiais de consumo.

Figura 21 - Fotografia do Consultório Odontológico



Fonte: Arquivo pessoal de Pedro Henrique Alvarenga Andrade Rafael (2019)

No meu primeiro dia de atendimento, o professor Luiz Henrique Júlio de Souza, apresentou para mim e o meu amigo Victor Almeida Sebastião, toda a instalação da Fazendinha. Ele nos instruiu a organizar o consultório, retirando todo o material vencido e solicitando materiais que seriam necessários para os atendimentos e que ainda não tinha disponível no consultório (Figura 22). Em todo o momento tivemos apoio do Unilavras na obtenção dos materiais de consumo que precisamos.

Figura 22 - Fotografia do armário



Fonte: Arquivo pessoal de Pedro Henrique Alvarenga Andrade Rafael (2019)

No momento de atendimento aos internos, pudemos notar que a condição de saúde bucal dos mesmos era bastante precária, muitos apresentavam dentes com grande destruição coronária, raízes residuais, grande presença de biofilme, manchas de tabaco, restaurações insatisfatórias, e necessidade de reabilitação por prótese dentária.

Ainda são pouco estudados os efeitos bucais sobre o uso de drogas ilícitas. As principais alterações encontradas em pacientes que foram envolvidos com vícios em drogas ilícitas na literatura foram as lesões por mordiscamento, manchamentos, queimaduras, xerostomia, candidíase, bruxismo, atrição, recessões gengivais, doença periodontal e a cárie. No entanto, as evidências não permitem uma maior precisão sobre a associação desses efeitos com as drogas. Esse fato dificulta o esclarecimento sobre essas condições, tendo em vista que os usuários costumam utilizar mais de uma droga e estas estão associadas ao uso concomitante de álcool e cigarro (SERVILHA et al., 2018).

O álcool e as drogas são substâncias que alteram a percepção, causando mudanças comportamentais pelos usuários, incluindo a perda do auto estima, o

estilo de viver e o afastamento social o que pode levar a uma desmotivação e descuido com a saúde geral e bucal.

Qualquer substância química quando utilizada em excesso pode ocasionar graves problemas na saúde bucal, independente se a mesma é considerada de natureza licita ou ilícita. Uma pessoa considerada como dependente químico faz o uso rotineiro e descomedido de substâncias com alta toxicidade para o organismo, e como consequência disso, há uma maior predisposição a elevação dos índices de CPOD (elementos com cárie, ou que foram perdidos, obturados, ou com indicação para a exodontia). Além disso, é de suma importância ressaltar que além do que foi mencionado anteriormente, é possível aparecer outros problemas na cavidade bucal, tais como, gengivite, halitose, diminuição da capacidade tampão, estomatite aftosa recorrente, desenvolvimento de cárie, queilite angular, estomatite, apertamentos dentários, corrosões dentárias, por exemplo (MARQUES et al., 2016).

Em informações presentes no relatório mundial da saúde é evidenciado que a utilização de drogas com efeito psicoativo é considerada um fator influenciador no que se refere a manifestação de doenças em diversas pessoas no mundo, sendo estas substâncias responsáveis por 8,9% dos índices. Levantamentos mostram que o cigarro, o álcool, e drogas ilícitas são as mais prevalentes dessas doenças. Toda essa combinação de substâncias por parte dos usuários reflete direta e indiretamente no resultado em sérios distúrbios sociais em geral (MARQUES et al., 2016).

O uso dessas substâncias pode gerar vários danos à saúde bucal, que vão desde a periodontite, perda dental ao câncer de boca. Muitas das vezes essas drogas aumentam o limiar de dor do usuário, ocultando a sintomatologia dolorosa de várias lesões orais, intensificando a situação, pois o paciente buscará um serviço de saúde somente quando a situação estiver muito debilitada.

Desse modo, os usuários químico-dependentes podem pertencer a distintas classes sociais, porém, em grande parte, não tem um nível de escolaridade satisfatório, tornando-os excluídos do restante da população. As condições de saúde e higiene oral em decorrência disso, ficam comprometidas devido à dificuldade na obtenção de atendimentos com profissionais da Odontologia, além da carência de projetos voltados para prevenção, e tratamento de doenças relacionados a cavidade bucal.

No momento das consultas, sempre informamos a importância da higiene oral individual para todos os internos. Segundo o estudo de Soldani et al. (2018), medidas eficazes de higiene bucal realizadas regularmente são vitais para manter a boa saúde bucal. O aconselhamento individual sobre higiene bucal (OHA) no ambiente odontológico é frequentemente fornecido como um meio de motivar os indivíduos e ajudar a alcançar níveis melhores de saúde bucal.

Caso não ocorra uma higienização adequada da cavidade oral, com o tempo irá surgir uma série de doenças bucais, como cárie dentária, gengivite, tártaro, halitose, placa bacteriana, afta, e mais crítico como periodontite e até mesmo endocardite bacteriana. Além do surgimento de doenças oportunistas, por exemplo, a candidíase, causada pelo fungo *Candida albicans*.

Por isso é sempre importante comparecer às consultas com o Cirurgião-Dentista, para sempre se manter informado quando o assunto é higiene oral, pois estar motivado a cuidar da saúde bucal, é estar motivado para a saúde geral também, pois não se trata de questões que envolvem somente a cavidade bucal e possíveis doenças, e sim, questões psicológicas, sociais e culturais.

Conforme afirmam Souza, Elias e Souza (2016), o diálogo entre o Cirurgião-Dentista e o paciente, é muito importante para que o tratamento seja realizado com sucesso. Além disso, é notório salientar, que a motivação para a realização de uma higienização bucal adequada, a fim manter uma condição de saúde periodontal favorável, é de responsabilidade do profissional. Assim sendo, é relevante relatar ao paciente como a alimentação ruim, ingestão de bebidas alcoólicas, e o uso do cigarro podem influenciar negativamente no tratamento odontológico, e consequentemente, na progressão da doença periodontal.

A higienização realizada com escovas dentais de cerdas duras, movimentos indevidos e força exagerada, ocasionará a longo prazo desmineralização e desgastes da estrutura do esmalte dental, levando à exposição de dentina, o que chamamos de atrição, provocando maior sensibilidade em momentos da alimentação com alimentos quentes, frios, ácidos e doces. Conclui-se que além de ser essencial realizar a escovação dos dentes por pelo menos três vezes ao dia, a modo para ser executá-la deve ser realizada da maneira correta, através da utilização da Técnica de Bass com o auxílio de instrumentos manuais, dentifrícios adequados, e o fio dental.

No decorrer do preenchimento dos prontuários e realização das anamneses, fomos percebendo que grande maioria dos internos eram fumantes de cigarro de papel ou palheiro, não sendo proibido o consumo do mesmo. A média era de 5 cigarros por dia, variando para mais ou para menos dependendo do estresse.

O que deixa evidenciado uma preocupação por parte de toda a equipe de saúde, pois segundo o estudo de Jiang et al. (2020), o tabagismo se mostra um importante potencial de risco para a doença periodontal, afetando a prevalência, gravidade, progressão e resposta ao tratamento da doença, perdendo apenas para a placa dentária. Estudos epidemiológicos apresentaram um risco significativamente maior de doença periodontal em fumantes em comparação a não fumantes, e o aumento do risco é proporcional à duração e à taxa de tabagismo. Os fumantes exibem uma predisposição clinicamente distinta à doença periodontal, com bolsas mais profundas, perda de inserção mais extensa e grave, maiores níveis de destruição óssea e maior taxa de perda dentária.

Durante a minha vivência na fazenda, eu fiquei responsável pelo atendimento de alguns casos no consultório, mas escolhi o caso em questão como assunto deste portfólio devido ao fato de ter me despertado mais atenção, não somente pela idade, mas também a história de vida do paciente.

### 2.5.1 Desenvolvimento do Caso Clínico

Iniciamos o atendimento fazendo todo o preenchimento das fichas, incluindo anamnese que é uma entrevista feita pelo profissional no momento da consulta, indispensável para o entendimento da história atual e progressiva da condição bucal e sistêmica do paciente. O documento carrega informações completas como nome, idade, sexo, histórico de doenças, tratamentos em andamento, uso ou não de medicamentos, etc. Neste momento o paciente do sexo masculino, leucoderma, 26 anos relatou ser fumante há 5 anos e sentia muita dor no dente 37. Ao realizar o exame clínico, foi observado que o paciente apresentava movimentos involuntários do lado esquerdo do corpo, o que dificultava a realização de uma higiene oral adequada, comprovando assim uma grande presença de biofilme nos elementos dentários, cálculo, pigmentações causadas pelo tabaco e elementos dentários comprometidos com destruições coronárias devido à cáries.

Dados precedentes do Censo do IBGE de 2010 mostram que 23,9% dos brasileiros são portadores de algum tipo de deficiência, isso se dá numa somatória de 45,6 milhões de pessoas (IBGE, 2010). Esse dado se mostra aumentado em relação ao último Censo realizado no ano 2000.

Os pacientes portadores de necessidades especiais geralmente apresentam riscos aumentados de propagarem doenças periodontais e caries. Isso se dá ao fato devido a suas limitações motoras ou mentais. Fica evidente a dificuldade de uma higienização bucal adequada, que muitas das vezes é ignorada pelos responsáveis além de que na maioria das vezes são de origem pastosa e rica em carboidrato. Esse agrupamento de fatores favorece imensamente para o aparecimento de placa bacteriana e acarretamento do estabelecimento de tais patologias (QUEIROZ et al., 2014).

No Brasil, a resolução 25/2002 divulgada pelo Diário Oficial da União no dia 28 de março de 2001, através do Conselho Federal de Odontologia, foi regulamentada visando qualificar os profissionais como aptos a realizarem o atendimento Odontológico em pacientes portadores de necessidades especiais. Porém, apesar de ser considerada uma especialidade da área, ainda existe uma carência de Cirurgiões-Dentistas capazes em realizar o atendimento desses pacientes, não somente no contexto da saúde pública, como também, na privada (QUEIROZ et al., 2014).

É digno de nota ressaltar a existência de diversos obstáculos no que tange o tratamento com pacientes especiais, visto que, as famílias em sua grande parte, não conseguem custeá-lo devido às baixas condições econômicas, favorecendo a adoção de medidas mais extremas, e realizadas tardiamente, como no caso da execução de inúmeras exodontias em um único momento (QUEIROZ. et al., 2014).

As condições de higiene oral precárias vêm sendo consideradas uma das maiores dificuldades de saúde bucal em pacientes Portadores de Necessidades Especiais. Isso é um agravante, entre os demais fatores, pela baixa renda familiar, em que muitas famílias, não conseguem comprar alimentos, nem mesmo escovas e cremes dentais (QUEIROZ et al., 2014).

Tendo em mente que o Portador de Necessidade Especial necessita de uma maior atenção, observou-se que as péssimas condições de saúde bucal, unido à dificuldade em realizar a supervisão odontológica, revelam uma situação

entristecedora, deixando claro uma necessidade de realização de mais políticas públicas preventivas e curativas norteada para essa classe (QUEIROZ et al., 2014).

O momento que mais proporciona desafios ao Cirurgião-Dentista no tratamento de pacientes com algum tipo de deficiência, é relacionado a forma como será realizado o controle comportamental no momento da execução dos procedimentos. Portanto, é necessário não somente habilidades técnicas e científicas do profissional, como também, uma percepção mais apurada sobre as necessidades envolvidas em cada paciente e da sua família, a fim encaminhar o tratamento odontológico da melhor maneira possível. O estabelecimento de uma boa relação entre o paciente, e o Dentista, voltada no diálogo, e confiança entre ambos, auxilia no melhor encaminhamento das consultas durante o tratamento (CPPAS, 2016).

Após o preenchimento das fichas realizamos um debridamento supra gengival para remoção do cálculo e profilaxia para remoção do biofilme, polimento coronário, além da realização da instrução de higiene oral. Um plano de tratamento deve ter elementos preventivos, tanto no âmbito educacional, quanto no de manutenção da saúde bucal, estando a escovação dentária presente em ambos. A possibilidade de realiza-la pode interferir diretamente no êxito da proposta da saúde bucal deste indivíduo.

O mal posicionamento dos dentes pode dificultar muito a efetividade da limpeza de todas as superfícies dentárias. Essa realidade, na maioria dos casos, resulta na alta prevalência de cáries encontradas neste grupo de pacientes.

Alguns recursos e técnicas alternativas podem ser bem interessantes e úteis na higiene oral de pacientes especiais, como escovas adaptadas, escovas elétricas, abridores de boca, passadores de fio dental pré-fabricados.

É sempre importante que se remova cotidianamente a placa bacteriana instalada na superfície do esmalte, com o auxílio de instrumentos manuais e creme dental fluoretado, para o impedimento de desenvolvimento de carie e doença periodontal (HARTWING et al., 2015).

Após a remoção de todo biofilme, foi observado uma grande lesão de cárie no elemento 37 o que poderia ser o agente causador da dor (Figura 23). Então nos preparamos para a realização do exame radiográfico periapical do elemento em questão, porém devido à problemas no equipamento de raio X não conseguimos realizar o exame. Diante das limitações de materiais disponíveis no consultório,

optamos em realizar um Tratamento Restaurador Atraumático (ART) como uma forma de tentar amenizar a dor do paciente.

Figura 23 - Fotografia ilustrativa do dente cariado



Fonte: <https://www.fgm.ind.br/casos-clinicos-odontologicos/substituicao-de-restauracoes-de-resina-composta-em-dentes-posteriores/>

O Tratamento Restaurador Atraumático (ART) foi criado com a finalidade de diminuir extrações dentárias derivadas dos grandes números de dentes cariados nos países em desenvolvimento. Trata-se de uma técnica simples, que dispõe somente de instrumentais manuais na remoção da carie e posteriormente uma restauração imediata com material adesivo, o ionômero de vidro. É um procedimento definitivo diferenciando-se da adequação do meio bucal que consiste em uma etapa com materiais temporários.

É considerada uma técnica pouco invasiva, onde remove-se somente a dentina infectada responsável pela evolução da doença, e preserva-se a dentina afetada que ainda é passível de remineralização. O ART dispensa materiais caros e de eletricidade, gerando dessa forma uma facilidade de acondicionar e transmover os instrumentos, minimizando o uso de anestésicos locais, muita das vezes

reduzindo o desconforto do paciente e dando a chance de intervenção precoce e preservação de estruturas dentais, gerando uma maior sobrevivência dos dentes cariados.

Por ser um procedimento de baixo custo, contribui com uma promoção de saúde quando comparado a outras técnicas restauradoras. Porém, deve-se ter em mente que o ART é um tratamento preventivo restaurador, necessitando assim de programas preventivos e de educação em saúde bucal para que a cárie seja controlada de fato (Figura 24).

O uso do cimento de ionômero de vidro como escolha do material restaurador é caracterizado pelo sucesso da técnica, devido a vantagens como a constante liberação de fluoretos, biocompatibilidade pulpar e adesão química ao tecido dental.

Todavia, mesmo que o ART ainda não seja uma forma restauradora definitiva, deve-se ser considerado uma importante medida de Saúde Pública e controle de tecido cariado em dentes com grande área afetada, viabilizando a permanência do elemento dentário (LIMA; SALIBA; MOIMAZ, 2008).

Figura 24 - Fotografia ilustrativa de remoção de tecido cariado



Fonte: [http://galeria.fabricadeaplicativos.com.br/guia\\_pratico\\_de\\_cariologia](http://galeria.fabricadeaplicativos.com.br/guia_pratico_de_cariologia)

Posteriormente, seguimos com uma desinfecção da cavidade com algodão embebido em solução de clorexidina a 0,12%, proteção do complexo pulpar com cimento de hidróxido de cálcio PA com aplicador dycal manipulado previamente em uma placa de vidro, e selamento provisório da cavidade com cimento de ionômero de vidro. Por fim, realizamos o ajuste de oclusão do elemento em questão com uso de alta rotação, broca multilaminada e papel carbono para checagem de pontos de contato (Figura 25).

Figura 25 - Fotografia ilustrativa de dente restaurado



Fonte: <https://www.fgm.ind.br/casos-clinicos-odontologicos/substituicao-de-restauracoes-de-resina-composta-em-dentes-posteriores/>

Fica claro, como é a importância do Cirurgião-Dentista na atuação em comunidades, centros de reabilitação, postos de saúde, clínicas particulares e populares, hospitais e demais localidades de trabalho. Não só pelos procedimentos realizados, mas também em trazer conforto, qualidade de vida e bem-estar social para seus pacientes. Mesmo que não tenhamos muitos recursos, há sempre algo que possamos fazer para trazer alegria e leveza para as pessoas que atendemos, e isso torna qualquer ser humano muito mais realizado, não somente no seu ambiente de trabalho, mas também por todas as experiências adquiridas ao longo da vida.

### 3 AUTOAVALIAÇÃO

#### 3.1 Autoavaliação da aluna Adriana Conceição Almeida Turola

Durante a minha graduação, tive muitas experiências de tratamentos multidisciplinares que trouxeram grande aprendizado e satisfação em realizá-los. Porém, nada me tocou tanto quanto o caso citado neste trabalho, no qual pude descrever a respeito de um exemplo de atendimento vivenciado na urgência, que embora não necessitasse de técnicas odontológicas complexas, evidenciou a possibilidade de um tratamento humanizado e eficaz. Além disso, foi possível enfatizar a importância do exame radiográfico panorâmico em pacientes edêntulos para se obter um diagnóstico preciso e evitar suas possíveis complicações.

Esse caso em questão me causou grande empatia e reflexão ao presenciar o cuidado e atenção que a filha do paciente demonstrava ao seu pai, enchendo-me de emoção, pois me fez pensar que eu teria o mesmo cuidado com o meu pai, se a vida tivesse me dado oportunidade, já que, infelizmente, não o conheci. Apesar dessa minha particularidade, tive o prazer naquele momento de acolhê-lo e dar o meu melhor possível, porque o que ele me oferecia ia muito além de um tratamento odontológico e sim, a oportunidade de presenciar a preocupação e o amor de uma filha para com seu pai.

Alcançando a reta final da minha graduação, analiso a trajetória percorrida ao longo desses anos de estudo e reafirmo que tudo que me foi predisposto serviu como aprendizado. A insegurança presente no início do curso, tornou-se motivo de gratidão e realização, visto que hoje sou uma pessoa e profissional mais humanizada, promotora de saúde, que visa não somente o cuidado da dor e saúde bucal do paciente, mas sim o ser humano em sua totalidade. Aprendi nesse trajeto que devo ouvir e compreender os anseios do paciente, porque só assim haverá empatia, e esta contribuirá para o êxito do tratamento em todos os aspectos.

Diante de tal vivência, tenho convicção que enfrentarei desafios ainda maiores na minha profissão, porém estes não me intimidam, pois saio do UNILAVRAS confiante e com a certeza de que tudo que passei até aqui me fez forte.

### 3.2 Autoavaliação da aluna Carolina Almeida Dinali

Durante o meu ensino médio, a área de saúde sempre foi uma área que me chamou mais atenção. Quando cheguei no meu terceiro ano do ensino médio decidi optar pela Odontologia, que era uma profissão na qual admirava muito, porém com várias incertezas e medos. Era uma etapa de decisão importante na minha vida, mas eu decidi tentar, sabendo que se não estivesse satisfeita poderia mudar. Quando iniciei o curso tive minhas desmotivações, pois no começo do curso não é difícil compreender o que realmente é a Odontologia. Ao longo do tempo, quando iniciei as clínicas na faculdade, me encantei ainda mais pela Odontologia. Apesar de ainda ter minhas dificuldades, como por exemplo em relação à pressão que eu sentia, sabendo que não seria um caminho fácil, sobre responsabilidade imensa que carregamos, no final de tudo, sentia que sempre valia a pena, me sentia super realizada em poder proporcionar um sorriso ao próximo. Foram várias vivências e cada uma delas acrescentou um pouco em meu amadurecimento.

Durante o meu curso, a disciplina de prótese nunca foi minha primeira opção, era uma área em que eu possuía dificuldades e isso me deixava insegura para realizar os procedimentos. Durante o sétimo período, apareceu uma paciente para ser atendida em que a maioria dos procedimentos a serem feitos seriam de prótese. No começo me senti insegura devido a minha dificuldade, porém foi uma paciente em que eu tive uma sintonia muito grande, ela me passava muita tranquilidade e compreensão durante os procedimentos, e isso fez com que tudo se tornasse mais fácil. Então, comecei a ir para as clínicas mais segura, e motivada e no final do oitavo período eu já tinha outro pensamento sobre a prótese. Foi uma vivência que me despertou mais interesse sobre a disciplina e me fez superar minhas dificuldades. Hoje estou perto de finalizar o curso e feliz com a profissão que escolhi seguir, e fazer bem ao próximo.

### 3.3 Autoavaliação da aluna Késia Suelen Mariano

Eu sempre desejei uma profissão que lidasse com pessoas, na qual eu pudesse ser útil e proporcionar ajuda. Almejava trabalhar com valores de cuidado com o outro, pois acredito que a vida só tem sentido quando deixamos a nossa zona de conforto em função do próximo. Assim me identifiquei na Odontologia, mas não

imaginava o quanto ela seria útil para o meu crescimento pessoal. O caso relatado me proporcionou oportunidade de me tornar uma profissional melhor.

Cada experiência na Odontologia, mesmo o trabalho duro e contato com pessoas diferentes e em reconstrução, foi visível um crescimento profissional pelo contato com novas e inusitadas situações. Vejo um aprimoramento de habilidades e a absorção de novos conhecimentos com os professores mais experientes que acompanhavam cada atendimento e com cada paciente, que muito me ensinou ao confiar no meu trabalho.

Graças a esse caso pude aprender que apesar das circunstâncias difíceis que enfrentamos no nosso dia-a-dia, existe um Deus que zela pelos seus filhos. Da mesma forma que pude ajudá-la sempre haverá uma outra pessoa para me ajudar, assim tornando o mundo um lugar melhor.

#### 3.4 Autoavaliação da aluna Renata Leão Martins

O que me motivou no momento da escolha pela Odontologia foi pelo fato de ser uma profissão onde é possível ajudar, e contribuir para o bem-estar dos pacientes. A minha filosofia de pensamento após concluir esses 5 anos de graduação, é que a nossa vida somente terá sentido quando começamos a olhar para o próximo além de nós mesmos. Ao iniciar a graduação, não imaginava o quanto ela me transformaria, não somente no contexto pessoal, como também no profissional.

O tratamento que eu relatei neste portfólio, me fez olhar para a vida, e para o curso com outros olhos. Nesse caso em questão, eu consegui ter a noção da nossa responsabilidade como Cirurgiões-Dentistas, e o impacto positivo que podemos causar na vida de nossos pacientes.

Ao longo desses 5 anos, fui capaz de superar diversas dificuldades, e hoje posso afirmar que me sinto vitoriosa por mais essa conquista. A cada ano percorrido, foi um degrau que eu subi para chegar até aqui, e isso não seria possível sem os conhecimentos, e habilidades que os professores nos transmitiram durante todo o curso. Apesar das circunstâncias difíceis que enfrentamos no nosso cotidiano, a fé e a perseverança em dias melhores são primordiais para nos reerguer

e incentivar a lutar pelos nossos sonhos. Hoje posso afirmar que me sinto pronta para o novo ciclo que se inicia em minha vida.

### 3.5 Autoavaliação do aluno Saulo Thiago Neves de Sousa Assis

Durante todos os anos de graduação em Odontologia no Unilavras, eu pude concluir que o sonho de me tornar um Cirurgião-Dentista realmente não poderia ser tão complexo, onde pude desenvolver experiências e conhecimentos únicos, amizades com colegas de classe e colaboradores da faculdade que pretendo levar para a vida toda.

Com esses anos de estudo, eu consegui perceber a real importância de ser um Cirurgião-Dentista na sociedade. No que diz respeito em saúde não somente bucal, mas saúde em geral, principalmente saúde mental em poder devolver a alegria e autoestima de um paciente insatisfeito com o sorriso.

Todas as experiências vividas por mim, dentro e fora da faculdade durante o estágio, me enriqueceram como ser humano. Sem dúvidas foram de muito proveito durante a vida acadêmica e carregarei para sempre em minha vida como Cirurgião-Dentista.

Após formado, pretendo levar todas as riquezas que tive com os professores e colaboradores para minha vida dentro do consultório odontológico, e também pretendo aprofundar meus estudos, e sempre evoluir para prestar um atendimento de qualidade onde quer que eu esteja.

## 4 CONCLUSÃO

A nossa jornada no curso de Odontologia do UNILAVRAS nos proporcionou experiências, e vivências, como as relatadas neste portfólio, que serão muito importantes para nos orientar frente ao nosso futuro profissional que está chegando.

O nosso caminho ao longo do curso foi muito gratificante, e percebemos que com dedicação a profissão e empatia ao próximo, será possível colher ótimos frutos como Cirurgiões-Dentistas. O trabalho integrado dos professores na faculdade, amplia a visão dos alunos em relação aos pacientes, reafirmando, a importância de fornecer um tratamento voltado na promoção, prevenção, e cuidados com a saúde bucal.

Hoje, temos a segurança em afirmar que estamos prontos para enfrentar o mercado de trabalho que nos aguarda e total consciência que a área da Odontologia necessita de estudo contínuo e aperfeiçoamento.

Esta etapa finalizada em nossas vidas, é apenas mais um desafio vencido frente a tantos outros que estão por vir, e compreendemos que o bom preparo que tivemos na faculdade é o que nos mantém firmes e fortes para continuar percorrendo a nossa trajetória.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALVES, L. J.; MACHADO, H. L.; **Perfil lipídômico como marcador de risco de placa coronariana em pacientes assintomáticos de risco intermediário para eventos cardiovasculares**. 2018. Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica. Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF, 2018, 21p. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/pic/article/download/5865/4127>  
Acesso em: 10 ago. 2020.

AGOSTINHO, M. G. C. A.; CAMPOS, L. M.; SILVEIRA, C. G. J. L. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.44, n.2, p.74-79, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-25772015000200074](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772015000200074)  
Acesso em: 12 ago. 2020.

ALMEIDA, B. U.; COIMBRA, J. M.; VIANA, H. C. Coroas provisórias no tratamento restaurador: uso e propriedades da resina acrílica. **Revista de Odontologia Contemporânea**, v.1, n.1, p.18-26, out., 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1-4-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1-4-PB%20(1).pdf) Acesso em: 15 ago. 2020.

ANGST, P.D.M.; GOMES, S.C.; OPPERMANN, R.V. Do controle de placa ao controle do biofilme supragengival: o que aprendemos ao longo dos anos? **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v.69, n.3, p.:252-259, 2015. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-52762015000200008](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-52762015000200008) Acesso em: 10 ago. 2020.

ANIL, S.; ANAND, P.S. Early childhood caries: prevalence, risk factors, and prevention. **Frontiers in Pediatrics**, v.5, n.157, July, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Artigo%20em%20ingl%C3%AAs%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Artigo%20em%20ingl%C3%AAs%20(1).pdf)  
Acesso em: 20 jul. 2020.

BATISTA, E. R.; SANTOS, D. C. L. Mordida cruzada posterior em dentição mista. **Revista de Odontologia da Universidade da cidade de São Paulo**. São Paulo, v.29, n.1, p.66-74, jan./abr., 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/198-337-1-PB.pdf> Acesso em: 20 jul. 2020.

BAUSELLS, J.; BENFATTI, S.V.; CAYETANO, M. H. **Interação Odontopediátrica – uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Santos, 2011. 382p.

BECK, J. D. et al. Reducing the bias of probing depth and attachment level estimates using random partialmouth recording. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**.v.34, n.1, p.1-10, Feb., 2006. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0528.2006.00252.x> Acesso em: 10 ago. 2020.

BERNARDO, A. A. et al. Diagnóstico e planejamento reabilitador em desdentados. Relato de caso. **Revista de Odontologia da Universidade da Cidade de São Paulo**, São Paulo, v.27, n.2, p.142-49, mai./ago., 2015. Disponível em: [http://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br/principal/old/revista\\_odontologia/pdf/maio\\_agosto\\_2015/Odonto\\_02\\_2015\\_142-149.pdf](http://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2015/Odonto_02_2015_142-149.pdf) Acesso em: 01 ago. 2020.

BONFANTE, G. et al. Avaliação radiológica de núcleos metálicos fundidos intrarradiculares. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.48, n.3, p.170-174, jul./set., 2000. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/BONFANTE%20ET%20AL.pdf> Acesso em: 30 jul. 2020.

BRANCO, A. C. B. P da S. **Prevalência de calcificações em tecidos moles em radiografias panorâmicas**. 2016. 65p. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária)- Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Porto, Porto. Portugal. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/143400724.pdf> Acesso em: 12 ago. 2020.

CARASOL, M. et al. Periodontal conditions among employed adults in Spain. **Journal of Clinical Periodontology**. v.43, n.7, p.548-556, Jul., 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12558> Acesso em: 08 ago. 2020.

COCLETE, G. A. et al. Exame radiográfico ortopantomográfico na avaliação de pacientes desdentados totais. **Archives of Health Investigation**, v.4, n.2, p.9-16, 2015. Disponível em: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/889> Acesso em: 10 ago. 2020.

COELHO, C. et al. Prontuário Odontológico – sua composição, importância clínica, ética e legal :revisão de literatura. **Revista de Odontologia Contemporânea**, v.1; n.2, Supl.7, fev., 2018. Disponível em: <https://rocfpm.com/index.php/revista/article/view/30> Acesso em: 12 ago. 2020.

COMIM, L. et al. Cisto Periapical de grandes proporções na região anterior da maxila. **Revista Salusvita** (Online), v.36, n.2, p.501-508, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1015834> Acesso em: 12 ago. 2020.

COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE. CPPAS. Atendimento Odontológico a Pessoas com Deficiência. **Portaria SES-DF N°287**, de 06 de dezembro de 2016. Brasília-DF: Diário Oficial do Distrito Federal, 2016. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/1.-Atendimento Odontologico a Pessoas com Deficiencia.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/1.-Atendimento_Odontologico_a_Pessoas_com_Deficiencia.pdf) Acesso em: 10 ago. 2020.

CRUZ, J. H. de A. Mordida cruzada posterior: um enfoque à epidemiologia, etiologia, diagnóstico e tratamento. **Archives of Health Investigation**, v.8, n.3, p.157-163, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/3180-16351-1-PB.pdf> Acesso em: 20 jul. 2020.

DEKON, S. F. de C. et al. Solução estética para prótese sobre implante. **Full Dentistry in Science**, v.4, n.13, p.112-115, out./dez., 2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/133299> Acesso em: 15 ago. 2020.

DIAS, A. C. M. da S. **Achados imagenológicos em radiografias panorâmicas de idosos**. 2017. 24p. Monografia (Graduação em Odontologia)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Odontologia, Natal, RN. Disponível em: <https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/4840/1/%5B2017.1%5D%20Achados%20imagenol%C3%B3gicos%20em%20radiografias%20panor%C3%A2micas%20de%20idosos..pdf> Acesso em: 05 ago. 2020.

DURIGHETTO, I. L. et al. Avaliação das características da contenção intra-radicular e tratamento endodôntico em radiografias periapicais de 1000 dentes. **Ciência Odontológica Brasileira**, v.10, n.2, p.31-39, abr./jun., 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DURIGHETTO%20ET%20AL.pdf> Acesso em: 05 ago. 2020.

DYER, D.; ADDY, M.; NEWCOMBE, R. G. Studies in vitro of abrasion by different manual toothbrush heads and a standard toothpaste. **Journal of Clinical Periodontology**. v.27, n.2, p.99- 103, Feb., 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10703654> Acesso em: 10 ago. 2020.

GROSSI, S. G. et al. Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. **Journal of Periodontology**, v.65, n.3, p. 260-267, 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8164120/> Acesso em: 03 ago. 2020.

GUEDES-PINTO, A. C.; MOURA, A. C. V. M. **Odontopediatria**. 9.ed. - Rio de Janeiro : Santos, 2016. 832p.

HAJISHENGALLIS, G.; LAMONT, R. J. Beyond the red complex and into more complexity: The polymicrobial synergy and dysbiosis (PSD) model of periodontal disease etiology. **Molecular Oral Microbiology**, v.27, n.6, p.409–419, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653317/> Acesso em: 08 ago. 2020.

HARTWIG, A.D. et al. Recursos e técnicas para a higiene bucal e pacientes com necessidades especiais. **Revista da AcBO**, v.4, n.3, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/272-298-2-PB.pdf> Acesso em: 10 ago. 2020.

HATFIELD, C. G.; BAUMHAMMERS, A. Cytotoxic effects of periodontally involved surfaces of human teeth. **Archives of Oral Biology** v.16, n.4, p.465–468, apr., 1971. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0003996971901701> Acesso em: 10 ago. 2020.

HUGHES, F. J.; AUGER, D. W.; SMALES, F. C. Investigation of the distribution of cementum-associated lipopolysaccharides in periodontal disease by scanning electron microscope immunohistochemistry. **Journal of Periodontal Research**, v.23, n.2, p.100–106, Mar., 1988. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0765.1988.tb01341.x> Acesso em: 10 ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2020. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/> Acesso em: 02 set. 2020.

JANSON, G.; GARIB, D.G.; PINZAN, A. et al. **Introdução à Ortodontia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013. 160p.

JIANG, Y. et al. The impact of smoking on subgingival microflora: from periodontal health to disease. **Frontiers in Microbiology**, v.11, n.66, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7000377/> Acesso em: 05 ago. 2020.

JONES, W. A.; O'LEARY, T. J. The effectiveness of in vivo root planing in removing bacterial endotoxin from the roots of periodontally involved teeth. **Journal of Periodontology**, v.49, n. 7, p.337–342, Jul., 1978. Disponível em: <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1902/jop.1978.49.7.337> Acesso em: 08 ago. 2020.

KAULING, A. E. C. **Crériterios endodônticos e protéticos a serem considerados na confecção de núcleos metálicos fundidos em dentes unirradiculares**: uma avaliação radiográfica. 2013. 97p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Disponível em:

[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DISSERTAC%CC%A7A%CC%83O%20NMF%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DISSERTAC%CC%A7A%CC%83O%20NMF%20(1).pdf) Acesso em: 02 ago. 2020.

LARANJO, E. et al. A cárie precoce da infância: uma atualização. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v.33, p.426-429, 2017. Disponível em:

<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Autor%20elisa%20laranjo%20c%3%A1rie%20precoce%20na%20infancia.pdf> Acesso em: 20 jul. 2020.

LIMA, D. C. de; SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S. A. S. Tratamento restaurador atraumático e sua utilização em saúde pública. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.56, n.1, p.75-79, jan./mar., 2008. Disponível em:

<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/RGO-2007-711.pdf> Acesso em: 02 ago. 2020.

MARCHIONATTI, A. M. E. et al. Tratamento cirúrgico de cisto periapical de ampla extensão: relato de caso clínico. **Saúde Integrada**, v.10, n.20, p.86-89, 2017.

Disponível em:

[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/CISTO%20GRANDE%20EXTENS%C3%83O%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/CISTO%20GRANDE%20EXTENS%C3%83O%20(2).pdf) Acesso em: 05 ago. 2020.

MARQUES, L. A. R. V. et al. Abuso de drogas e suas consequências na saúde bucal: uma revisão de literatura. **FOL Faculdade de odontologia de Lins/Unimep**, v.26, n.1, p.29-35, jan./jun., 2016. Disponível em:

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjCjvuzO3rAhXXEbkGHZs4ANUQFjAAegQIBxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.metodista.br%2Frevistas%2Frevistas-unimep%2Findex.php%2FFol%2Farticle%2Fdownload%2F2741%2F1738&usg=AOvVaw0Se0csx34G0StQxLq4\\_8ew](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjCjvuzO3rAhXXEbkGHZs4ANUQFjAAegQIBxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.metodista.br%2Frevistas%2Frevistas-unimep%2Findex.php%2FFol%2Farticle%2Fdownload%2F2741%2F1738&usg=AOvVaw0Se0csx34G0StQxLq4_8ew) Acesso em: 5 ago. 2020.

MARTINS, A.K. et al. Cisto periapical: Revisão. **Anais de Odontologia**, v.5, n.1, p.11-12, 2018\1. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/135-13-240-1-10-20180320.pdf> Acesso em: 12 ago. 2020.

MARTINS, M.S.; DE SOUSA, R.M.; ADEODATO, M.V.D. Ateroma de carótida: achado incidental em radiografia panorâmica - relato de caso. **Anais da Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica**. Quixadá, v. 5, Setembro, 2019.

Disponível em:

<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/joac/article/view/3665> Acesso em: 02 ago. 2020.

MASSARA, M. de L. de A.; RÉDUA, P. C. B. **Manual de Referência para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria**. 2.ed. - São Paulo: Santos, 2017.

MELO, A. R. S. et al. Reconstrução de dentes severamente destruídos com pino de fibra de vidro. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, Recife, v.14, n.3, jul./set., 2015. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-38882015000300009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-38882015000300009&script=sci_arttext&tlng=pt) Acesso em: 12 ago. 2020.

MEYLE, J.; CHAPPLE, I. Molecular aspects of the pathogenesis of periodontitis. **Periodontology 2000**, v.69, n.1, p.7–17, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26252398/> Acesso em: 10 ago. 2020.

MOORE, J.; WILSON, M.; KIESER, J. B. The distribution of bacterial lipopolysaccharide (endotoxin) in relation to periodontally involved root surfaces. **Journal of Clinical Periodontology**, v.13, n.8, p.748–751, Sept., 1986. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3464619/> Acesso em: 10 ago. 2020.

NABERS, C. L. et al. In order to secure “fill” in osseous defects it is necessary or desirable to “plane” exposed root surfaces until they are hard and smooth to the touch. **Journal of Periodontology**, v.41, n.7, p.419–423, Jul., 1970. Disponível em: <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1902/jop.1970.41.7.419> Acesso em: 10 ago. 2020.

NAKIB, N. M. et al. Endotoxin penetration into root cementum of periodontally healthy and diseased human teeth. **Journal of Periodontology**, v.53, n.6, p.368–378, Jun., 1982. Disponível em: <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1902/jop.1982.53.6.368> Acesso em: 10 ago. 2020.

NEPPELENBROEK, K. H. et al. A importância das próteses provisórias. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.51, n.1, p.50-53, jan./mar., 2003. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/RGO-2007-420%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/RGO-2007-420%20(1).pdf) Acesso em: 03 ago. 2020.

NOBREGA, M. L.; BARBOSA, C. C. N.; BRUM, S. C. Implicações da perda precoce em odontopediatria. **Revista Pró-UniverSUS**. v.9, n.1, p.61-67, jan./jun., 2018. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1306> Acesso em: 20 jul. 2020.

PAGNONCELI, S. D. Fatores determinantes para o plano de tratamento de pacientes com necessidades especiais. In; PAGNONCELI, S. D. **Fundamentos interdisciplinares do atendimento de pacientes com necessidades especiais em Odontologia**. Porto Alegre: ediPUCRS, 2015. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=VGJyCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA47&dq=Importancia+da+adequa%C3%A7%C3%A3o+do+meio+bucal+e+instru%C3%A7%C3%A3o+de+higiene+oral+-+dispositivos+que+ajudam+na+manuten%C3%A7%C3%A3o+e+higiene+em+pacientes+especiais\)++&ots=NFFObt4a5\\_&sig=FaP9YsFNv3PZySu0Ntd4bdcdFo#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=VGJyCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA47&dq=Importancia+da+adequa%C3%A7%C3%A3o+do+meio+bucal+e+instru%C3%A7%C3%A3o+de+higiene+oral+-+dispositivos+que+ajudam+na+manuten%C3%A7%C3%A3o+e+higiene+em+pacientes+especiais)++&ots=NFFObt4a5_&sig=FaP9YsFNv3PZySu0Ntd4bdcdFo#v=onepage&q&f=false) Acesso em: 10 ago. 2020.

PATIL, S. P.; PATIL, P.B.; KASHETTY, M. V. Effectiveness of different tooth brushing techniques on the removal of dental plaque in 6–8 year old children of Gulbarga. **Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry**. v.4, n.2, p.113-116, 2014. Disponível em: <http://www.jispcd.org/article.asp?issn=2231-0762;year=2014;volume=4;issue=2;spage=113;epage=116;aulast=Patil> Acesso em: 10 ago. 2020.

PEGORARO, L. F. et al. **Prótese Fixa**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.

PEREIRA, A.C.R. **O impacto das próteses removíveis a qualidade de vida dos idosos**. 2019. 35p. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) - Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Gandra, Portugal. Disponível em: [https://repositorio.cespu.pt/bitstream/handle/20.500.11816/3274/MIMD\\_RE\\_26693\\_AnaPereira.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cespu.pt/bitstream/handle/20.500.11816/3274/MIMD_RE_26693_AnaPereira.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Acesso em: -5 ago. 2020.

PEREIRA, J. S. et al. Cisto periapical de grande extensão: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**. Camaragibe, v.1; n.2, p.37-42, abr.\ Jun. 2012. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-52102012000200007&lng=es&nrm=iso](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102012000200007&lng=es&nrm=iso) Acesso em: 02 ago. 2020.

PETRY, J.; LOPES, A.C.; CASSOL, K.A. Autopercepção das condições alimentares de idosos usuários de prótese dentária. **CoDAS**, v.31, n.3, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822019000300305](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822019000300305) Acesso em: 08 ago. 2020.

PINHEIRO, N. S. et al. Retentores intrarradiculares: qual, quando e como usar?: revisão de literatura. **Revista Diálogos Acadêmicos**, Fortaleza, v.5, n.1, p.54-62, jan./jun., 2016. Disponível em: <http://revista.fametro.com.br/index.php/RDA/article/viewFile/115/121> Acesso em: 12 ago. 2020.

PORDEUS, I.A.; PAIVA, S.M. **Odontopediatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2014. 160p.

QUEIROZ, F. de S. et al. Avaliação das condições de saúde bucal de portadores de necessidades especiais. **Revista de Odontologia da Unesp**, v.43, n.6, p.396-401, nov./dez., 2014. Disponível em: <https://www.revodontolunesp.com.br/article/doi/10.1590/1807-2577.1013> Acesso em: 15 ago. 2020.

SABBAH, W.; SHEIHAM, A. The relationships between cognitive ability and dental status in a national sample of USA adults. **Intelligence**. v.38, p.605–610, 2010. Disponível em: <https://www.gwern.net/docs/iq/2010-sabbah.pdf> Acesso em: 08 ago. 2020.

SALVADOR, A. H. et al. Ondas eletromagnéticas no espectro raio-x num contexto da Tecnologia, Ciência e Sociedade. **Revista Cereus**, v.1, n.4, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2380-Texto%20do%20artigo-8408-1-10-20181229.pdf> Acesso em: 12 ago. 2020.

SALVI, G. E.; WILLIAMS, R.C.; OFFENBACHER, S. Nonsteroidal anti- inflammatory drugs as adjuncts in the management of peri- odontal diseases and peri-implantitis. **Current Opinion in Periodontology**, v. 4, p.51–58, 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9655021/> Acesso em: 10 ago. 2020.

SANTOS JUNIOR et al. Avaliação periodontal simplificada (PSR) em pacientes indicados para tratamento protético. **Revista da Faculdade de Odontologia de Baurú**, v.10, n.2, p.113-117, 2002. Disponível em: <http://sddinforma.fob.usp.br/wp-content/uploads/sites/350/2010/07/2002208.pdf> Acesso em: 30 jul. 2020.

SERVILHA, P. A. A. **Avaliação do perfil sociodemográfico da saúde bucal e o envolvimento com drogas ilícitas de pacientes internados para tratamento da dependência química**. 2018. 76p. Dissertação ( Mestrado em Odontologia) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Disponível em: <https://www.prppg.ufpr.br/signa/visitante/trabalhoConclusaoWS?idpessoal=54340&idpograma=40001016065P8&anobase=2018&idtc=8#:~:text=Os%20efeitos%20buciais%20das%20drogas,doen%C3%A7a%20periodontal%20e%20a%20c%C3%A1rie.> Acesso em: 02 ago. 2020.

SILVA, F. B. et al. Cimentos provisórios em prótese fixa: qual escolher? Uma revisão de literatura. **Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica**, Quixadá, v.2 n.2, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/993-3030-1-PB.pdf> Acesso em: 10 ago. 2020.

SILVA FILHO, O. G. da; GARIB, D.G.; LARA, T. S. **Ortodontia Interceptiva**. Protocolo de Tratamento em Duas Fases. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013. 576p.

SILVA, L. F. P. et al. Técnica de manejo comportamental não farmacológica na odontopediatria **Revista de Odontologia da Universidade da cidade de São Paulo**. São Paulo, v.28, n.2, p.135-142, mai./ago.,2016. Disponível em: [http://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br/principal/old/revista\\_odontologia/pdf/maio\\_agisto\\_2016/Odonto\\_02\\_2016\\_135-142\\_1.pdf](http://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agisto_2016/Odonto_02_2016_135-142_1.pdf) Acesso em: 20 jul. 2020.

SILVA, R. F. et al. Importância ético-legal e significado das assinaturas do paciente no prontuário odontológico. **Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL**, v.3, n.1, p.70-83, 2016. Disponível em: <https://portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/view/49/53> Acesso em: 01 ago. 2020.

SILVA, M. das G. B. et al. Cárie precoce da infância: fatores de risco associados **Archives of Health Investigation**, v.6, n.12, p.574-579, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2264-9917-3-PB.pdf> Acesso em: 01 ago. 2020.

SILVA, R. N. F. et al. Tratamento de cisto radicular de grande extensão: relato de caso clínico. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v.27, n.80, p.52-56, 2018. Disponível em: <https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/1172> Acesso em: 11 ago. 2020.

SOCRANSKY, S. S. Checkerboard" DNA-DNA hybridization. **Biotechniques**, v.17, n.4, p.788-792, 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7833043/> Acesso em: 10 ago. 2020.

SOLDANI, F. A. et al. One-to-one oral hygiene advice provided in a dental setting for oral health. **Cochrane Systematic Review**, n.10, Oct., 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6516798/> Acesso em: 12 ago. 2020.

SOUZA, C. G.; COELHO, P. M.; ALMEIDA, C. S. Restaurações provisórias em **Multidisciplinar e de Psicologia**, v.14, n.49, p.340-359, fev., 2020. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2340> Acesso em: 02 ago. 2020.

SOUZA, G. de; ELIAS, F. V.; SOUZA, R. de. A importância das ações educativas em saúde bucal na prevenção da periodontia: uma revisão da literatura. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.37, n.3, p.27-32, set./dez., 2016. Disponível em: <https://apcdaracatuba.com.br/revista/2016/12/4.pdf> Acesso em: 05 ago. 2020.

TEÓFILO, L. T.; ZAVANELLI, R. A.; QUEIROZ, K. V. Retentores Intra-radiculares: Revisão de literatura. **Revista Ibero-Americana de Prótese Clínica e Laboratorial**, v.7, n.36, p.183-193, 2005. Disponível em: <https://www.dtscience.com/wp-content/uploads/2015/11/Retentores-Intra-radiculares-Revis%C3%A3o-de-Literatura.pdf> Acesso em: 10 ago. 2020.

TONETTI, M. S. et al. Principles in prevention of periodontal diseases: Consensus report of group 1 of the 11(th) European Workshop on Periodontology on effective prevention of periodontal and peri-implant diseases. **Journal of Clinical Periodontology**, v.42, suppl.16, p.5-11, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jcpe.12368> Acesso em: 10 ago. 2020.

VERONESE, G. F.; CRAL, W. G.; CAPELOZZA, A. L. A. Interpretação de imagens radiopacas assintomáticas na mandíbula em radiografias panorâmicas. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v.12, n.2, p.707-713, ago.\dez. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2960-9278-1-PB.pdf> Acesso em: 05 ago. 2020.

WILLIG, M.M.P.; SOLDA. C. Ateroma de carótida: revisão de literatura. **Journal of Oral Investigations**. v.5, n.2, p.53-58, 2016. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/JOI/article/view/1383> Acesso em: 02 ago. 2020.