



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

**ANA CAROLINE BRÓGIO LOURENÇONI
EMANUEL JOSÉ REIS COSTA NOGUEIRA
FÁBIO HENRIQUE SOUZA CARVALHO
ISABELA MARQUES FREITAS DE CAMPOS BARBOSA**

PORTFÓLIO ACADÊMICO

LAVRAS – MG

2022

ANA CAROLINE BRÓGIO LOURENÇONI
EMANUEL JOSÉ REIS COSTA NOGUEIRA
FÁBIO HENRIQUE SOUZA CARVALHO
ISABELA MARQUES FREITAS DE CAMPOS BARBOSA

PORTFÓLIO ACADÊMICO

Portfólio acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras, como parte das exigências da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, do curso de graduação em Odontologia.

ORIENTADORA

Profa. Dra. Luciana Fonseca Pádua Gonçalves Tourino – Centro Universitário de Lavras
(UNILAVRAS)

LAVRAS – MG

2022

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

L892p Lourençoni, Ana Caroline Brógio.
Portfólio Acadêmico: Ana Caroline Brógio Lourençoni, Emanuel José Reis Costa Nogueira, Fábio Henrique Souza Carvalho, Isabela Marques Freitas de Campos Barbosa – Lavras: Unilavras, 2022.

58.:il.

Portfólio acadêmico (Graduação em Odontologia) – Unilavras, Lavras, 2022.

Orientadora: Prof.^a Luciana Fonseca Pádua Gonçalves Tourino.

1. HMI. 2. Prótese Total Imediata. 3. Prótese Fixa. 4. Fratura Longitudinal em dente permanente. I. Nogueira, Emanuel José Reis Costa. II. Carvalho, Fábio Henrique Souza. III. Barbosa, Isabela Marques Freitas de Campos. IV. Luciana Fonseca Pádua Gonçalves Tourino (Orient.). V. Título.

ANA CAROLINE BRÓGIO LOURENÇONI
EMANUEL JOSÉ REIS COSTA NOGUEIRA
FÁBIO HENRIQUE SOUZA CARVALHO
ISABELA MARQUES FREITAS DE CAMPOS BARBOSA

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.

em: 07 DE NOVEMBRO DE 2022

ORIENTADORA

Profa. Dra. Luciana Fonseca Pádua Gonçalves Tourino – Centro Universitário de Lavras
(UNILAVRAS)

MEMBRO DA BANCA

Profa. Dra. Renata de Carvalho Foureaux – Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS)

LAVRAS – MG

2022

“A gratidão é a memória do coração”.

Antístenes de Atenas.

AGRADECIMENTOS

Estar concluindo mais essa etapa de minha vida me faz transbordar de felicidade e de gratidão, principalmente por todos os momentos que vivi durante os últimos cinco anos. Assim sendo, não posso deixar de agradecer, em primeiro lugar, a Deus, que tanto me auxiliou em minhas decisões e por nunca ter me desamparado.

Em segundo lugar, agradeço à minha mãe, que me apoiou nos momentos em que mais precisei, sendo, com certeza, o meu exemplo de ser humano. Digo isso, pois, a capacidade que ela tem de transmitir às pessoas ao seu redor cuidado, atenção e determinação, me motiva diariamente a ser uma profissional e uma pessoa exatamente como ela é. Nesse sentido, sou grata por ela ter me concedido a oportunidade de ingressar no curso de Odontologia e, por isso, a dedico todo o meu sucesso e a minha realização.

Em terceiro lugar, agradeço ao meu pai, que durante toda a minha trajetória acadêmica, foi sinônimo de abrigo e de calma. Sou grata por sua paciência e, simplesmente, mas não menos importante, por ser sua filha. Nessa perspectiva, agradeço, também, à minha avó, Maria de Lourdes, que sempre me proporcionou amparo durante toda essa jornada. Além disso, agradeço aos meus familiares em geral, que ajudaram no que puderam para tornar o meu sonho realidade, em especial, meu tio, José Carlos, e minha prima, Nayane.

Também, agradeço aos meus amigos, aos meus colegas de faculdade e aos meus pacientes, enfim, com quem tive o privilégio de dividir essa jornada acadêmica. O convívio com cada um foi muito importante para o meu amadurecimento pessoal e profissional, sobretudo no diz respeito à capacidade de lidar com as diferenças e de buscar entender o pensamento alheio. Nessa perspectiva, aos mestres, sou grata por todos os ensinamentos e por todas as experiências transmitidas. Graças a vocês, aprendi a verdadeira missão do cirurgião-dentista.

Por fim, gostaria de agradecer a todos que estiveram e ainda estão ao meu redor, que de alguma forma me ajudaram a passar por todos esses anos e, mesmo sem se darem conta, não terem me deixado desistir no meio do caminho. Obrigada.

Ana Caroline Brógio Lourençoni

Primeiramente, quero agradecer a Deus, pelo dom da vida, por me abençoar todos os dias e por ter colocado as pessoas certas em meu caminho. Além disso, quero agradecer imensamente aos meus pais, Antônio Reis da Costa e Yolanda da Costa Reis e Silva, pelos ensinamentos e pela motivação a sempre estudar, fazendo-me procurar pelas coisas certas. Também, quero agradecer aos meus irmãos, Emerson, pelo total apoio e pelos conselhos, e Emiliane, por ter sido uma inspiração de profissionalismo e de pessoa, me ajudando de uma forma muito significativa em minha trajetória no curso de Odontologia.

Nessa mesma perspectiva, não posso deixar de agradecer à minha namorada, Millena, que se faz presente em todos os momentos, me apoiando, me motivando e por continuar caminhando sempre ao meu lado, em busca dos meus sonhos e objetivos. Também, quero agradecer ao meu tio, Sebastião Costa Silva, e à minha tia, Cleusa do Carmo Veríssimo Meira, a quem tenho maior zelo, pois, sem eles, não seria possível que eu chegasse até aqui, uma vez que me ofereceram a sua casa para ser o meu lar, na cidade de Lavras – MG, e sem fazer questão de nada, me acolheram como um filho.

Por último, mas não menos importante, quero agradecer, de modo geral, a todos os meus amigos e colegas de curso que me ajudaram de alguma forma a concluir essa etapa da minha vida, assim como aos meus professores do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), que se tornaram, para mim, um grande exemplo (em especial, a professora e orientadora Dra. Luciana Fonseca Pádua Gonçalves Tourino), pelas inúmeras experiências.

Emanuel José Reis Costa Nogueira

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, que fez com que meus objetivos fossem alcançados, durante todos os meus anos de estudo.

Em segundo lugar, os meus amigos, que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade, pelo apoio e pela paciência demonstrados ao longo de todo o período em que me dediquei a este trabalho.

Também, aos meus pais, Mércia e Sebastião Fábio, que sempre me apoiaram durante a minha trajetória.

Fábio Henrique Souza Carvalho

Cinco anos se passaram nesta grande experiência de vida que é cursar uma faculdade, com descobertas e alegrias, mas, também, com medos, frustrações e surpresas, levando-me a muito aprendizado e amadurecimento. Hoje, me sinto realizada pela escolha profissional feita e por estar finalizando um dos ciclos mais importantes que tenho como meta de vida.

Assim sendo, primeiramente, agradeço à minha família: à minha avó, que sempre me protegeu em suas constantes orações, à tia Norma, que sempre me influenciou, por meio de livros, a me tornar uma pessoa curiosa e apaixonada pela ciência, e à minha irmã, por ser minha companheira e amiga.

Em segundo lugar, aos meus pais, Luciana Marques de Freitas Campos Barbosa e Ricardo de Campos Barbosa, por sempre priorizarem a minha educação e por todo esforço em me manter longe de casa, cursando Odontologia. Também, agradeço-os pela compreensão a respeito de minha ausência em muitos momentos e, é claro, pelo carinho recebido sempre que voltava para casa.

Além disso, agradeço à Marcia e ao Ricardo, que abriram as portas de casa, me receberam e, por muitos anos, cuidaram tão bem de mim.

Também, agradeço aos amigos que fiz em Lavras e no Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), meus companheiros e confidentes de todas as etapas: noites de estudo, festas, dificuldades na clínica, incertezas durante a pandemia, enfim, várias etapas, felizes e desafiadores. Vocês se tornaram uma verdadeira família para mim.

Por fim, mas não menos importante, agradeço aos meus professores, por todos os ensinamentos passados, em especial, aos professores Luiz Fernando e Chrystiane Cappelli, que não pouparam esforços em me ajudar na concretização desse portfólio, e à minha professora orientadora, Luciana Tourino, por me guiar durante todo o trabalho. Todos foram essenciais para eu chegar onde estou e me tornar quem sou hoje. Muito obrigada.

Isabela Marques Freitas de Campos Barbosa

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Situação clínica inicial do paciente.....	16
Figura 2 – Radiografia periapical do elemento 36.	20
Figura 3 – Situação clínica final.....	21
Figura 4 – Imagem obtida no último atendimento do paciente.....	22
Figura 5 – Periograma completo com a situação periodontal inicial do paciente.....	26
Figura 6 – Imagens radiográficas da situação clínica inicial do paciente.	27
Figura 7 – Imagem da situação clínica do paciente.....	27
Figura 8 – Confeção da moldeira.....	29
Figura 9 – Modelos funcionais de gesso, superior e inferior.	29
Figura 10 – Base de prova.	30
Figura 11 – Tomada do arco facial.....	30
Figura 12 – Montagem dos modelos.	31
Figura 13 – Prótese total imediata.	32
Figura 14 – Paciente com a prótese total superior instalada.	32
Figura 15 – Situação clínica inicial da paciente.	35
Figura 16 – Exame radiográfico inicial do paciente.....	36
Figura 17 – Modelo de estudo com enceramento diagnóstico.	37
Figura 18 – Provisório cimentado no elemento 24.....	38
Figura 19 – Núcleo de preenchimento.....	39
Figura 20 – Preparo do elemento 25.....	39
Figura 21 – Reembasamento dos provisórios.....	40
Figura 22 – Provisórios.	41
Figura 23 – Receita do medicamento.	44
Figura 24 – Radiografia periapical do elemento 11.	45
Figura 25 – Tomografia computadorizada.	46
Figura 26 – Placa de acrílico com provisório.....	48
Figura 27 – Paciente com o dente provisório confeccionado pela técnica da faceta substituindo o elemento 11 extraído.....	48
Figura 28 – Receituário pós-cirúrgico.....	49
Figura 29 – Radiografia periapical do implante.....	50
Figura 30 – Paciente com o cicatrizador personalizado.....	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Situação clínica e plano de tratamento proposto.....	18
Quadro 2 – Plano de tratamento integral (dividido por sessões).....	19
Quadro 3 – Ficha de Dentística com a situação clínica inicial do paciente.	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 DESENVOLVIMENTO	14
2. 1 Apresentação das atividades desenvolvidas por Ana Caroline Brógio Lourençoni.....	14
2. 1. 1 Desenvolvimento do caso clínico	15
2. 2 Apresentação das atividades desenvolvidas por Emanuel José Reis Costa Nogueira.....	23
2. 2. 1 Desenvolvimento do caso clínico	23
2. 2. 2 Planejamento de prótese	28
2. 2. 3 Planejamento de cirurgia	28
2. 3 Apresentação das atividades desenvolvidas por Fábio Henrique Souza Carvalho	34
2. 3. 1 Desenvolvimento do caso clínico	35
2. 4 Apresentação das atividades desenvolvidas por Isabela Marques Freitas de Campos Barbosa	42
2. 4. 1 Desenvolvimento do caso clínico	43
3 AUTOAVALIAÇÃO	51
4 CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS	56

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste portfólio é relatar os casos clínicos e as vivências que quatro graduandos do curso de Odontologia, do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), realizaram ao longo de 5 anos de graduação. Assim sendo, todas as experiências a serem aqui expostas buscam evidenciar, entre outras questões, a importância da Odontologia para a vida humana, visto que se trata de uma área que lida diretamente com a saúde, com a estética e, por vezes, com o psicológico dos sujeitos.

Nesse sentido, em primeiro lugar, a acadêmica Ana Caroline Brógio Lourençoni relata o caso clínico de um paciente do sexo masculino, de 10 anos, que foi encaminhado à Clínica de Odontologia do Centro Universitário de Lavras, com indicação para tratamento na Clínica de Odontopediatria. Após ser diagnosticado com presença de cáries ativas com ou sem cavitação, com fístula, com gengivite induzida pelo biofilme e com hipomineralização molar-incisivo (HMI), o tratamento foi desenvolvido.

Em segundo lugar, o acadêmico Emanuel José Reis Costa Nogueira relata o caso clínico de um paciente do sexo masculino, de 64 anos, que compareceu à Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras, procurando atendimento para o dente 33, em que foi feita uma biopulpectomia, sendo necessários, entre outros tratamentos, pino intraradicular e coroa. Porém, visto as condições dos dentes e do suporte ósseo e por apresentar periodontite estágio IV, grau C, a melhor conduta vigente seria a exodontia dos dentes remanescentes e a confecção de um par prótese total imediata (PTI) superior e inferior.

Em terceiro lugar, o acadêmico Fábio Henrique Souza Carvalho apresenta o caso clínico de uma paciente do sexo feminino, de 49 anos, que compareceu à Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras, na disciplina de Atividades Vocacionais de Prótese, com queixa sobre a necessidade de realizar próteses fixas em três elementos.

Por fim, em quarto lugar, a acadêmica Isabela Marques Freitas de Campos Barbosa relata o caso clínico de um paciente de 27 anos, do sexo masculino, leucoderma, que procurou a Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras em situação de urgência, pois havia sofrido uma queda, o que acarretou na fratura de um dos incisivos centrais.

Dado o exposto, passemos, adiante, para a apresentação detalhada de cada caso.

2 DESENVOLVIMENTO

2. 1 Apresentação das atividades desenvolvidas por Ana Caroline Brógio Lourençoni

Meu nome é Ana Caroline Brógio Lourençoni, sou natural de Nepomuceno – MG, tenho 22 anos, e em fevereiro de 2018, ingressei no curso de Odontologia, no Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS).

O caminho percorrido até a minha decisão sobre a escolha profissional que melhor se encaixava em meu perfil exigiu muito autoconhecimento e reflexão. Em fevereiro de 2015, iniciei minha matrícula em um curso pré-vestibular, na cidade de Nepomuceno – MG. Nessa etapa de minha vida, eu estava no ensino médio, me preparando para o vestibular, o que me 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. Ainda nesse período, as pesquisas realizadas na internet, os testes vocacionais e os vídeos assistidos sobre cursos da área da saúde me despertavam muita atenção, principalmente aqueles voltados à Odontologia.

Assim sendo, tempos depois, em 2018, ocorreu o marco inicial de minha vida acadêmica: a decisão em iniciar o curso de Odontologia. Logo de início, o auxílio por parte dos professores foi essencial para que eu conseguisse ultrapassar todos os obstáculos e as dificuldades que a vida acadêmica proporcionava, buscando extrair deles o máximo de aprendizado.

Ao longo de minha graduação, tive a oportunidade de vivenciar muitas experiências que me marcaram de forma positiva, entretanto, entre todas elas, o tratamento realizado na disciplina de Odontopediatria merece destaque. Isso se dá, sobretudo, devido ao diferencial que o curso de Odontologia, da instituição, proporciona aos alunos, pelo fato de a equipe de profissionais trabalhar de forma integrada, com odontopediatras e com ortodontistas. Além disso, a forma de conduta clínica dos professores não se baseia somente no tratamento restaurador individual, mas, também, na promoção, na prevenção e na recuperação dos pacientes, o que é essencial e, aos meus olhos, um destaque.

Tendo isso em vista, o propósito deste portfólio é relatar o caso clínico de um paciente do sexo masculino, de 10 anos de idade, que foi encaminhado à Clínica de Odontologia do Centro Universitário de Lavras, com indicação para tratamento na Clínica de Odontopediatria.

O caso iniciou-se com a supervisão dos professores Ricardo Augusto Barbosa, Luciana Fonseca Pádua Gonçalves Tourino e Isis Maria Patto Carvalho, tendo início no sexto período do curso.

2. 1. 1 Desenvolvimento do caso clínico

A atividade a ser apresentada foi realizada na Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), na disciplina de Clínica Infantil. Paciente do sexo masculino, de 10 anos, compareceu a clínica acompanhado de sua mãe. Durante a anamnese, ela relatou que o paciente não apresentava nenhum problema de saúde geral e a queixa principal era a de que por sentir muita dor, a criança não conseguia escovar os dentes.

Levando isso em consideração, a primeira consulta foi iniciada com as perguntas sobre o questionário do prontuário de identificação e de anamnese, no caso, para a responsável pela criança. No questionário, havia informações a serem preenchidas, por exemplo: dados de identificação dos pais ou responsável; informações da anamnese, como história dental; história médica; hábitos bucais, entre outras. Em seguida, foi realizado o exame clínico extrabucal do paciente, como a palpação, a análise da articulação temporomandibular (ATM) e do padrão facial (olhos, boca, nariz e ouvido).

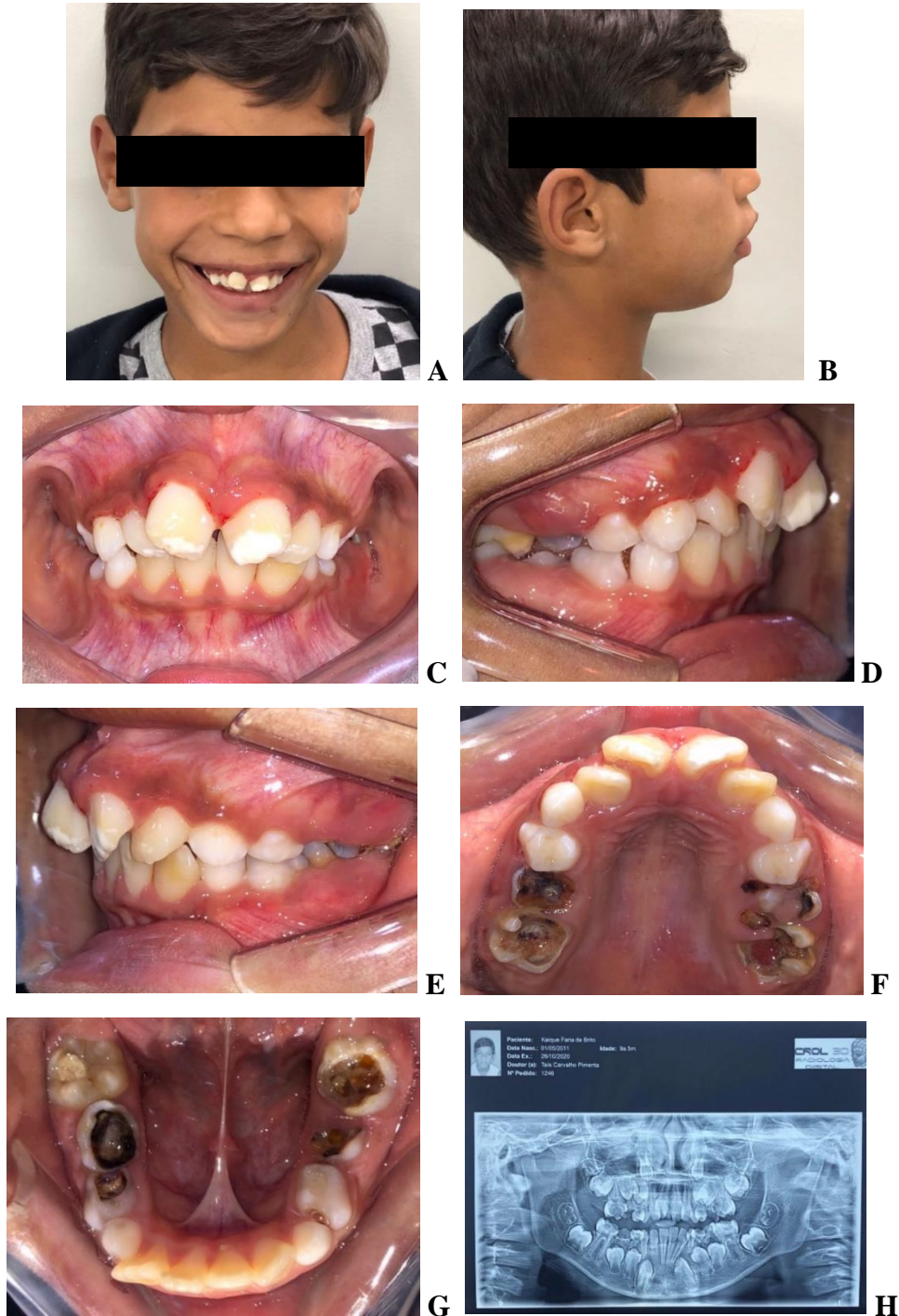
Após o exame extrabucal, deu-se início ao exame intrabucal, com análise dos tecidos moles e da dentição. Cabe pontuar que o exame foi realizado de forma minuciosa, com boa iluminação, para melhor visualização das estruturas duras e das moles, com a utilização dos instrumentais disponibilizados para o exame clínico, como o espelho bucal infantil, a sonda exploradora, a pinça clínica, a gaze, o fio dental, as substâncias evidenciadoras de placa bacteriana e as pastas profiláticas (GUEDES-PINTO, 2016).

Assim, é imprescindível que, nas primeiras consultas, o profissional tenha consciência sobre a importância de realizar um procedimento mais leve e humanizado, com a finalidade de conhecer melhor o paciente e de obter um bom relacionamento com ele. Além disso, os pais são de extrema importância nessa situação, uma vez que, normalmente, já conhecem os medos e os anseios dos seus filhos.

No exame intrabucal, foi observada má higiene bucal, presença de cáries ativas com ou sem cavitação, fístula, gengivite induzida pelo biofilme, além de hipomineralização molar-incisivo (HMI). A Figura 1 (A-H) mostra a situação clínica inicial do paciente. Em relação à

avaliação ortodôntica, constatou-se que o paciente não precisaria de intervenção ortodôntica no momento, e que após o tratamento restaurador concluído, o paciente seria reavaliado.

Figura 1 – Situação clínica inicial do paciente.



(A) Vista frontal. (B) Vista lateral. (C) Vista frontal em oclusão. (D) Vista lateral em oclusão – lado direito. (E) Vista lateral em oclusão – lado esquerdo. (F) Arco superior - vista oclusal. (G) Arco inferior – vista oclusal. (H) Radiografia panorâmica. **Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2021).

Durante o exame clínico, foi possível perceber o quão o paciente necessitava de um tratamento odontológico. Além de várias lesões cariosas, ele também apresentava a

hipomineralização molar-incisivo (HMI) em grau grave, o que facilitava ainda mais a progressão das lesões cariosas.

Em relação à cárie dentária, ela é uma das principais doenças bucais que acometem diferentes populações ao longo da vida, com papel comportamental e sob grande influência das condições socioeconômico-culturais das populações. Apesar de muito se ter trabalhado na prevenção da doença, ainda é altamente prevalente e impactante, em especial, naquelas populações socialmente menos favorecidas, e pode ter efeitos negativos na qualidade de vida das pessoas, devido à perda de função, comprometimento estético, presença de dor e alto custo de tratamento (MAGALHÃES, 2020).

Já a hipomineralização molar-incisivo é “[...] um defeito no esmalte dentário de origem sistêmica que acomete os primeiros molares e os incisivos permanentes, com prevalência variando entre 2,8 e 37,5%. O esmalte hipomineralizado é frágil e se destaca facilmente, deixando a dentina exposta” (PORDEUS; PAIVA, 2014), o que provoca sensibilidade e predisposição à cárie. A partir disso, seguem algumas características clínicas da HMI:

- I) Coloração do branco ao amarronzado, associada com o grau de hipomineralização;
- II) Menor dureza;
- III) Maior proliferação microbiana;
- IV) Sensibilidade;
- V) Cárie.

Desse modo, os critérios para um diagnóstico, conforme Pordeus e Paiva (2014), são: hipomineralização presente em pelo menos um dos quatro primeiros molares; sensibilidade e presença de dentina exposta. O plano de tratamento está condicionado à extensão da lesão e à idade do paciente; o controle, por sua vez, é feito pelo aconselhamento dietético e pela higienização.

De acordo com Tourino (2015, p. 20), “os molares e incisivos acometidos estão sujeitos a fraturas pós-eruptivas do esmalte dentário, o que pode facilitar a progressão da cárie dentária, causar sensibilidade nos dentes afetados”, além do comprometimento estético quando os incisivos são afetados. Por isso, os pacientes com HMI têm mais necessidade de intervenções clínicas, o que pode representar um desafio para o cirurgião dentista, visto as dificuldades para se propiciar um tratamento restaurador adequado para os dentes hipomineralizados.

No que rege à etiologia do HMI, ela está relacionada a intercorrências no período de mineralização dos primeiros molares e incisivos permanentes, que se inicia no final da gestação e se completa ao longo dos primeiros quatro anos de vida da criança. Entre essas

intercorrências, estão a prematuridade e o baixo peso ao nascimento, doenças como a catapora e a asma, desordens metabólicas de cálcio e fosfato e episódios frequentes de febre na infância (TOURINO, 2015).

Com isso em mente, durante o exame clínico, foi preenchida a ficha de ocorrência e diagnóstico e o plano de tratamento para cada elemento dentário, para elaborar, logo após, sob orientação dos professores Ricardo Augusto Barbosa, Luciana Fonseca Pádua Gonçalves Tourino e Isis Maria Patto Carvalho, um plano de tratamento integral para o paciente (Quadros 1 e 2).

Quadro 1 – Situação clínica e plano de tratamento proposto.

Dente	Ocorrência e diagnóstico	Plano de tratamento
16	Destruição da coroa, LCCA (lesão cariiosa com cavitação ativa).	Exodontia.
55	Destruição da coroa, LCCA.	Exodontia.
54	Hígido.	X
53	Hígido.	X
12	HMI (hipomineralização molar - incisivo).	X
11	HMI	X
21	HMI.	X
22	Hígido.	X
63	Hígido.	X
64	LC (lesão cariiosa) inativa sem cavitação na face distal.	Proservar.
65	Destruição da coroa, LCCA.	Exodontia.
26	Destruição da coroa, LCCA, pólipos pulpar.	Exodontia
36	Ionômero de vidro na face oclusal.	Restauração de CL (classe) I em Resina Composta.
75	LCCA e destruição coronária.	Exodontia.
74	LCCA.	Exodontia.
73	LCCA na face distal.	Restauração de CL II em Resina Composta.
32	Hígido.	X
31	HMI.	X
41	Hígido.	X
42	Hígido.	X
83	LC (lesão cariiosa) inativa com cavitação na face distal	Restauração de CL II em Resina Composta.
84	LCCA na face mesial.	Restauração de CL II em Resina Composta.
85	LCCA face oclusal.	Exodontia.
46	LCCA e destruição coronária.	Exodontia.

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

Quadro 2 – Plano de tratamento integral (dividido por sessões).

1. Instrução de higiene bucal, orientações sobre dieta e profilaxia.
2. Exodontia dos elementos dentários 74 e 75.
3. Exodontia do elemento dentário 85.
4. Exodontia do elemento dentário 46.
5. Tratamento expectante no elemento dentário 36.
6. Exodontia dos elementos dentários 16 e 55.
7. Exodontia do elemento dentário 26.
8. Programa preventivo individual com reforço da instrução de higiene oral, controle de placa e profilaxia.
9. Programa preventivo de longa duração (retornos periódicos para avaliação de presença ou não de cárie e avaliação bucal geral do paciente).

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

Dessa forma, a primeira etapa do plano de tratamento foi a instrução de higiene bucal, o controle de placa e as orientações sobre dieta, sendo esses procedimentos realizados no escovódromo da instituição, com a minha instrução, para o paciente e para a mãe, que o acompanhava nas consultas. A seguir, a profilaxia e a aplicação tópica de flúor foram realizadas, cabendo dizer aqui, que referente à escovação, ela é

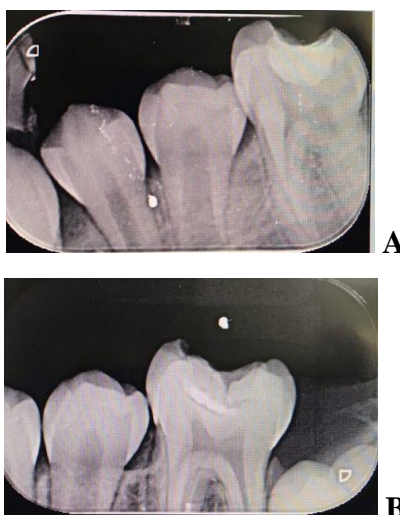
[...] a forma mais utilizada e socialmente aceita de higiene bucal. No entanto, para tornar-se eficaz no combate à placa bacteriana, a escovação precisa ser orientada e supervisionada pelo profissional, sendo a motivação do paciente fundamental para os melhores resultados. A eliminação da placa bacteriana exige métodos mecânicos de higiene bucal, que têm a necessidade de serem ensinados e treinados com o paciente. Grande parte das pessoas sabe que para ter saúde bucal é preciso escovar os dentes diariamente, mesmo assim, na maioria das vezes, a higiene bucal é deficiente. As técnicas de controle da placa bacteriana requerem tempo e destreza e, conseqüentemente, o paciente só participa adequadamente quando bem motivado. Para que o paciente seja educado, é fundamental que haja uma comunicação efetiva entre o cirurgião-dentista e o próprio paciente, pois, sem essa comunicação, não há aprendizado (VALARELLI et al, 2011, p. 174).

Adiante, na segunda e na terceira consultas, os procedimentos de urgências (exodontias) foram realizados. Deu-se início com a exodontia do elemento dentário 74 (primeiro molar decíduo inferior esquerdo) e do 75 (segundo molar decíduo inferior esquerdo). Na sessão seguinte, foi feita a exodontia do elemento dentário 85 (segundo molar inferior direito). Os dentes extraídos apresentavam grande destruição coronária, causada pela cárie e, por isso, as exodontias foram indicadas. Tendo isso em vista, conforme Silva-Junior et al. (2016):

Embora nas últimas décadas a Odontologia siga uma filosofia mais conservadora e a extração dentária sendo considerada última opção de tratamento pelo cirurgião-dentista, em alguns casos, torna-se a única. A extração dentária é um reflexo da experiência de doenças bucais ao longo da vida, principalmente cárie e doença periodontal, que apresentam uma etiologia complexa com fatores de risco biológicos, sociais e comportamentais (p. 2693).

Na semana posterior, foi realizado o tratamento expectante no elemento 36 (primeiro molar inferior permanente). A Figura 2 (A–B) mostra a radiografia periapical do elemento 36, antes e após o tratamento expectante.

Figura 2 – Radiografia periapical do elemento 36.



(A) Radiografia inicial realizada em 22/09/2021. (B) Radiografia realizada em 01/12/2021, durante o acompanhamento clínico e radiográfico do tratamento expectante. **Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2021).

Como explicado por Jardim, Simoneti e Maltz (2015), torna-se importante dizer que o objetivo do tratamento expectante é promover uma modificação no meio ambiente da lesão, de modo a proporcionar

reações fisiológicas do complexo dentino-pulpar, que irão provocar uma alteração na velocidade do desenvolvimento da doença de rápida para lenta, ou mesmo paralisação de sua progressão, favorecendo a manutenção da vitalidade pulpar. Essa técnica tem demonstrado resultados terapêuticos favoráveis, sendo o risco de exposição pulpar reduzido comparado à remoção total de tecido cariado, apresentando taxas de sucesso que variaram de 74,1% a 93,4%, em um ano de acompanhamento (p. 39-40).

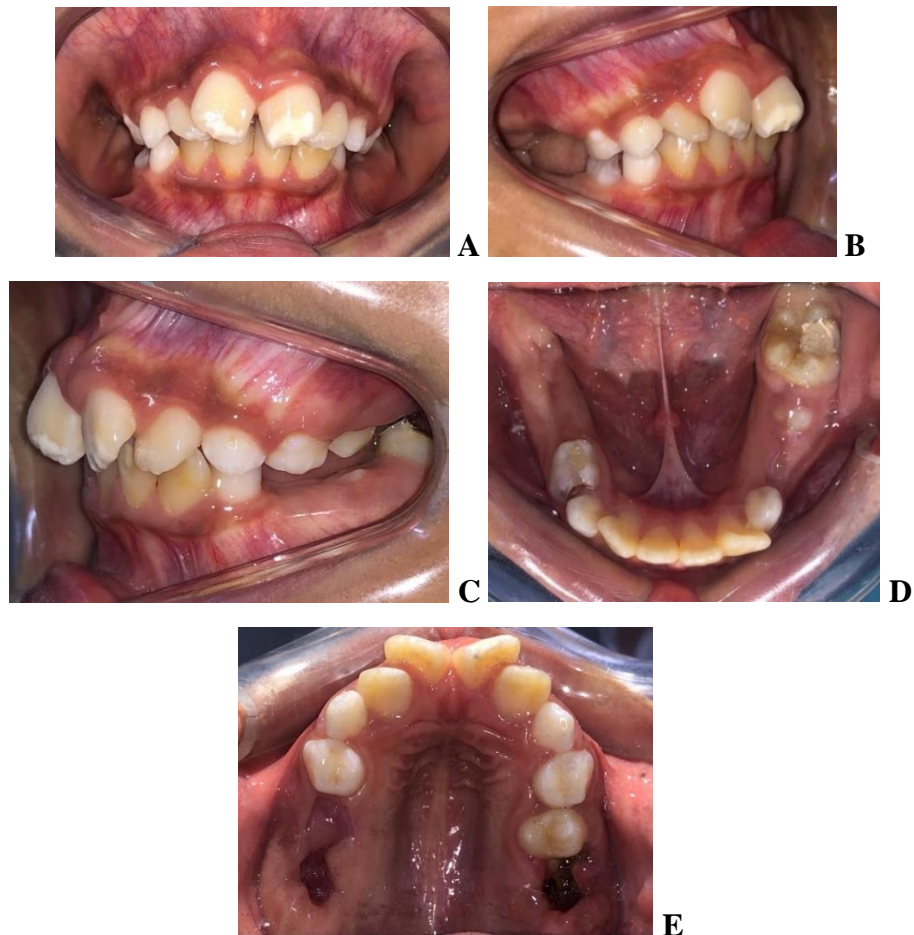
Durante o acompanhamento clínico e radiográfico do elemento 36, verificou-se que ele se encontrava assintomático e sem alterações clínicas e radiográficas. Assim, a restauração definitiva do elemento dentário 36 com resina composta foi realizada. Em seguida, foi procedida a exodontia dos elementos dentários 16 (primeiro molar superior permanente) e 55

(segundo molar superior decíduo), devido à presença da doença cárie, que ocasionou em extensa destruição coronária, impossibilitando a sua manutenção.

Na sessão seguinte, foi feita a exodontia do elemento dentário 26 (primeiro molar superior permanente), finalizando, assim, o tratamento de urgência que foi proposto para o paciente.

Não se pode deixar de pontuar, também, que o paciente entrou para o programa preventivo individual, instruído por mim, novamente, sobre como é importante prevenir a doença cárie, sendo essas orientações realizadas concomitantemente à execução do tratamento, ao final das consultas. Evidencia-se, que a placa dentária desempenha um papel importante no desenvolvimento da lesão de cárie, e alguns autores, como Fejerskov apud Lima (2007), a consideram como única causa do aparecimento dessa lesão, afirmando que “a cárie dentária é uma doença multifatorial, mas a placa dentária é a única causa”. Assim, o controle de placa é indispensável na elaboração de qualquer estratégia de prevenção, podendo ser obtido por meio químico ou mecânico (LIMA, 2009). A Figura 3 (A–E) mostra as imagens obtidas após a conclusão do tratamento odontológico.

Figura 3 – Situação clínica final.



(A) Vista frontal. (B) Vista lateral em oclusão – lado direito. (C) Vista lateral em oclusão – lado esquerdo. (D) Arco inferior – vista oclusal. (E) Arco superior – vista oclusal. **Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2021).

Após o término do plano do tratamento, ao paciente e à sua responsável, foram repassadas, novamente, as instruções de higiene bucal e as informações a respeito de como a dieta influencia em toda a saúde. Atualmente, o paciente retorna para consulta preventiva de seis em seis meses, para acompanhamento clínico e para reforço nas instruções de higiene oral. A Figura 4 (A–B) retrata a última clínica, na qual recebi um bolo do paciente e da sua mãe como forma de agradecimento ao tratamento odontológico prestado.

Figura 4 – Imagem obtida no último atendimento do paciente.



(A) Fotografia realizada na recepção da Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), com o paciente e a sua responsável. (B) Fotografia realizada com o paciente, na Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS). **Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2021).

Por fim, com a conclusão do caso e ao decorrer da trajetória, muito aprendizado e sabedoria foram desenvolvidos, tais como saber conduzir os procedimentos aqui expostos e poder concluí-los de forma gratificante. Tudo isso, então, me ensinou o verdadeiro significado da Odontologia, isto é, o poder de ajudar ao próximo e de transformar a vida de pessoas, promovendo e devolvendo a saúde e a alegria por meio do sorriso.

2. 2 Apresentação das atividades desenvolvidas por Emanuel José Reis Costa Nogueira

Meu nome é Emanuel José Reis Costa Nogueira, nasci no dia 05/03/1998, na cidade de Lavras – MG, porém, fui criado em uma cidade vizinha, chamada Ingaí – MG. Antes de ingressar no curso de Odontologia, estudei um pouco mais de um ano na Universidade Federal de Lavras (UFLA), cursando Zootecnia, entretanto, sem me sentir realizado e não me vendo como um profissional da área. Então, considerando que desde criança a Odontologia me fascinava, sobretudo por ter sido paciente da Clínica Infantil no Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) e por ter realizado acompanhamento dentário por lá, resolvi mudar de curso.

Logo, ingressei em Odontologia, no ano de 2018, pelo próprio vestibular da instituição. Naquele período, lembro-me do primeiro contato que tive com a minha turma, ainda no primeiro dia de aulas, o que me levou a pensar que muitos ali se tornariam meus amigos, o que de fato ocorreu. A cada dia passado e a cada aula assistida, mais eu me apaixonava pelo curso e tinha a certeza de que seria muito feliz exercendo a profissão.

Em seguida, será apresentado o caso de um paciente que compareceu na Clínica Odontológica, procurando por atendimento para confecção de prótese fixa e pino intraradicular, um elemento dentário. Apesar disso, olhando para seu caso como um todo e feitos todos os exames necessários, constatou-se que, para proporcionar melhor saúde e função ao paciente, deveria ser confeccionada uma prótese total superior e inferior. Nesse ínterim, cabe ressaltar que o paciente foi orientado em relação às opções de tratamento disponíveis e concordou com o plano de tratamento proposto.

2. 2. 1 Desenvolvimento do caso clínico

Paciente do sexo masculino, de 64 anos, compareceu à Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), procurando atendimento para seu dente 33, em que foi feita uma biopulpectomia. Esse procedimento foi realizado na mesma instituição, na Clínica de Endodontia, e necessitava de pino intra-radicular e coroa, entre outros tratamentos.

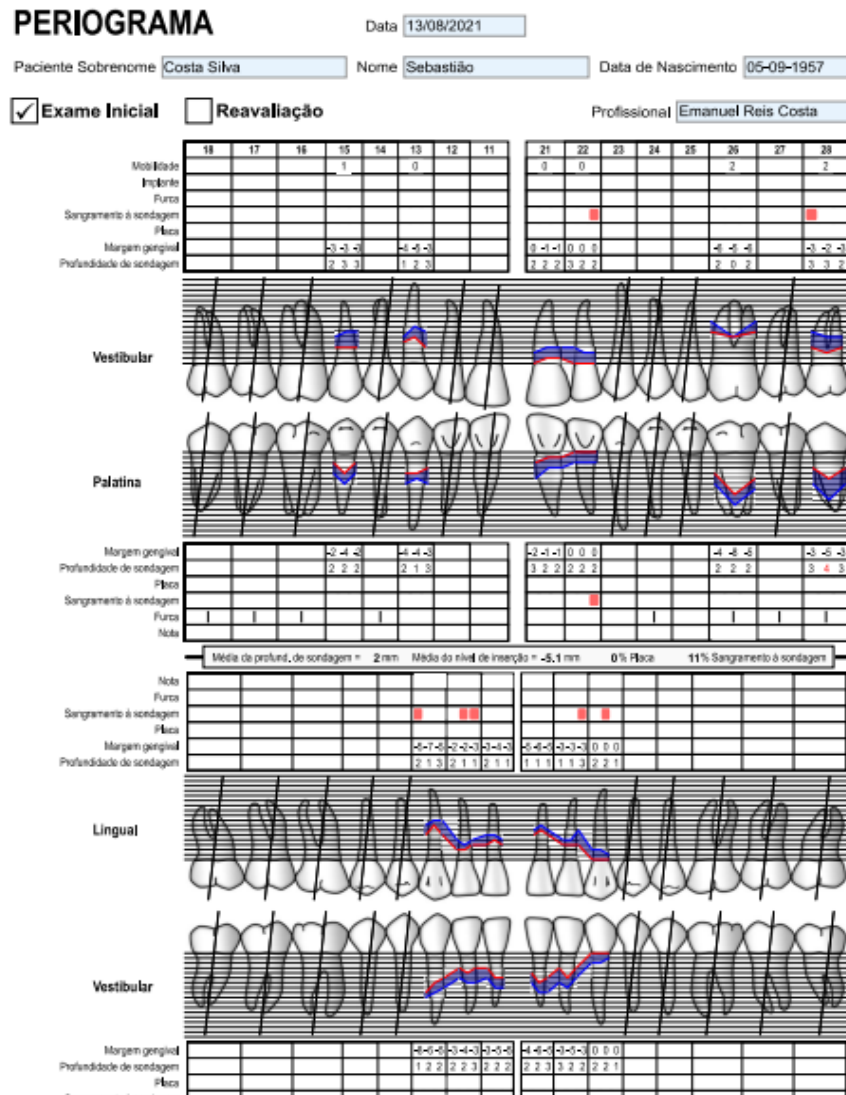
Em sua primeira consulta, realizada no dia 13/08/2021, na Clínica Integrada IV, como o paciente já tinha sua ficha com anamnese completa, foi feita a revisão da anamnese, exame clínico extra-bucal e intra-bucal, a seguir foi feito o preenchimento da ficha da área de Dentística, em que consta o diagnóstico e o plano de tratamento de cada elemento dentário (Quadro 3). Além disso, o periograma também foi preenchido para registrar a condição periodontal do paciente (Figura 5), assim como foi feita a substituição do selamento triplo no elemento 33, visto que estava insatisfatório.

Quadro 3 – Ficha de Dentística com a situação clínica inicial do paciente.

Dente	Situação atual	A fazer
17	Ausente.	
16	Ausente.	
15	Restauração de amálgama classe I e classe III medial, satisfatória.	
14	Ausente.	
13	Restauração em resina composta classe III distal e medial e classe V satisfatória.	
12	Ausente.	
11	Ausente.	
21	Coroa metalocerâmica.	
22	Coroa metalocerâmica.	
23	Ausente.	
24	Ausente.	
25	Ausente.	
26	Restauração de amálgama classe II MOP e classe V, vestibular e palatina em resina composta satisfatória.	
27	Ausente.	
28	Restauração de amálgama classe I e classe V, vestibular e palatina, em resina composta satisfatória.	
37	Ausente.	
36	Ausente.	
35	Ausente.	
34	Ausente.	
33	Fratura da coroa total.	Pino e coroa.
32	Restauração em resina composta classe IV distal e classe III medial satisfatória.	Restauração de classe V.
31	Restauração em resina composta classe III satisfatória.	Restauração de classe V.
41	Hígido.	Restaurar raízes expostas / classe V.
42	Restauração em resina composta classe III distal satisfatória.	Restauração de classe V.
43	Restauração em resina composta classe III mesial e distal e classe V.	
44	Ausente.	
45	Ausente.	
46	Ausente.	
47	Ausente.	

Fonte: Arquivo pessoal do autor (2021).

Figura 5 – Periograma completo com a situação periodontal inicial do paciente.



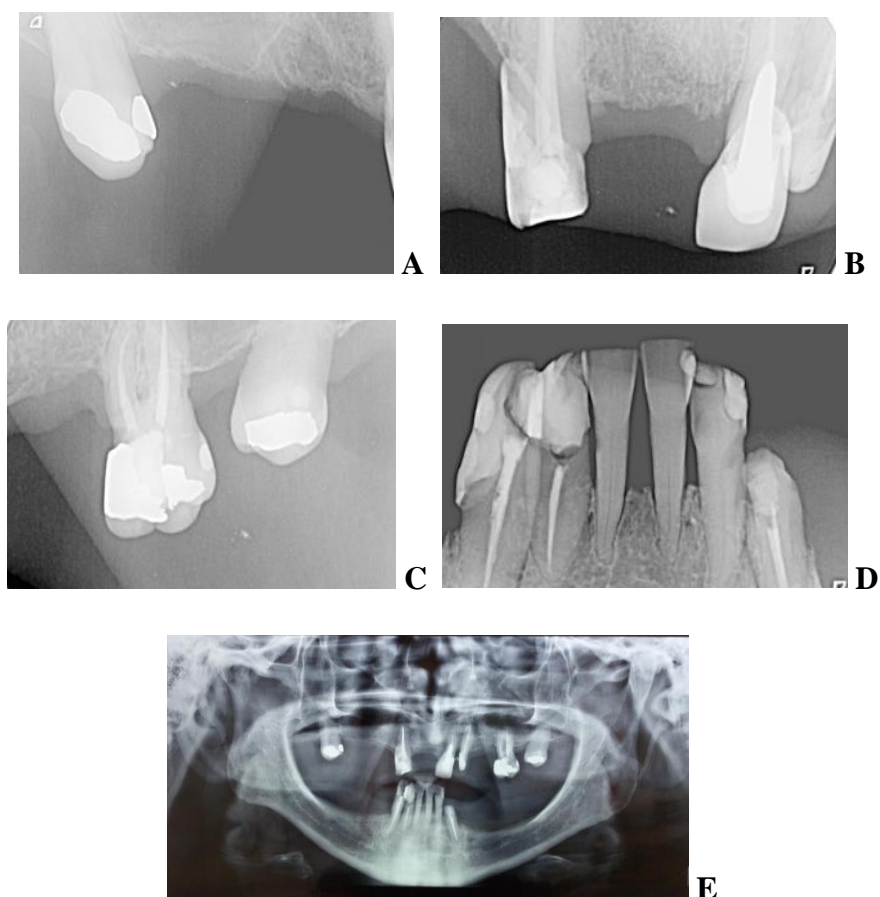
Fonte: Arquivo pessoal do autor (2021).

Em seguida, em sua segunda consulta, realizada no dia 20/08/2021, foram realizados os exames radiográficos periapicais, além da conferência dos exames radiográficos, dentística e periodontia. As imagens do exame radiográfico estão expostas na Figura 6 (A – E).

Na mesma sessão, foi feito o exame de prótese, a sua conferência e a discussão do tratamento integral do caso, chegando à conclusão que por não apresentar suporte necessário para uma prótese parcial removível, visto as condições dos dentes e do suporte ósseo, por apresentar periodontite estágio IV, grau C, a melhor conduta vigente seria a exodontia dos dentes remanescentes e a confecção de um par prótese total imediata (PTI) superior e inferior. Assim sendo, não se deve perder de vista que a prótese total imediata é “[...] o aparelho protético confeccionado sobre o modelo obtido antes da extração de todos os dentes remanescentes, da alveolotomia para a correção ou simples estabilização e regularização do

rebordo alveolar, e instalado na cavidade bucal logo após a cirurgia” (JUNIOR; VIEIRA; SALLES, 2020, p. 24). A Figura 7 mostra a imagem obtida no exame clínico inicial do paciente.

Figura 6 – Imagens radiográficas da situação clínica inicial do paciente.



(A) Radiografia periapical dos dentes posteriores superiores, lado direito. (B) Radiografia periapical dos dentes anteriores superiores. (C) Radiografia periapical dos dentes posteriores superiores, lado esquerdo. (D) Radiografia periapical dos dentes anteriores inferiores. (E) Radiografia panorâmica. **Fonte:** Arquivo pessoal do autor (2021).

Figura 7 – Imagem da situação clínica do paciente.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2021).

“A partir da avaliação da saúde e da idade do paciente, podem-se definir com maior clareza as indicações e contraindicações das PTI, devido à necessidade de procedimentos cirúrgicos” (JUNIOR; VIEIRA; SALLES, 2020, p. 25), logo, ressalta-se a sua importância. Cabe dizer, também, que “a indicação principal da PTI está relacionada com o restabelecimento de forma imediata da mastigação, fonética e, principalmente, da estética do paciente nos casos em que os dentes remanescentes estão condenados à extração” (JUNIOR; VIEIRA; SALLES, 2020, p. 25). A partir disso, o plano de tratamento para o paciente, de acordo com as áreas de especialidades, encontra-se a seguir.

2. 2. 2 Planejamento de prótese

1ª sessão: moldagem anatômica funcional superior e inferior com alginato e moldeiras individuais;

2ª sessão: moldagem funcional superior com moldeira individual;

3ª sessão: tomada do arco facial, registro de mordida e prova das bases de prova em acrílico e cera nos espaços anodônticos;

4ª sessão: conferição da montagem do articulador e escolha dos dentes que serão montados às próteses;

5ª sessão: instalação e reembasamento da prótese total superior imediata;

6ª sessão: instalação e reembasamento da prótese total inferior imediata;

7ª sessão: ajuste das próteses;

8ª sessão: programa de longa duração; ajuste das próteses, se necessário. Aguardar seis meses para que todo o rebordo se estabilize e faça o planejamento para a confecção da prótese total definitiva, superior e inferior.

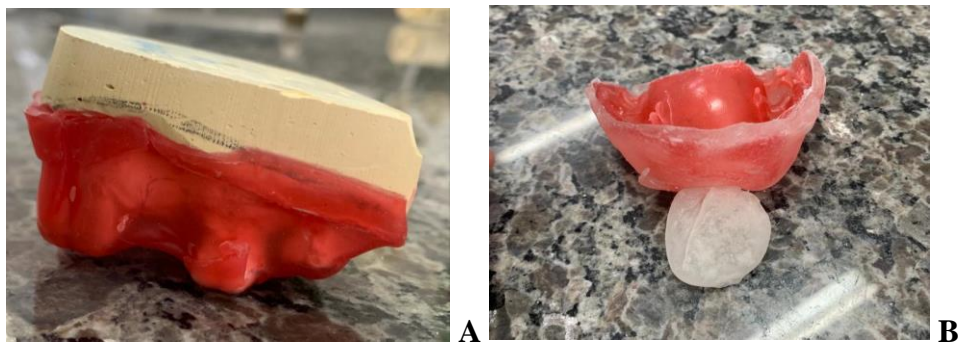
2. 2. 3 Planejamento de cirurgia

1ª sessão: Exodontia dos elementos 28, 26, 22, 21, 13 e 15, para colocação de uma prótese total superior imediata.

2ª sessão: Exodontia dos elementos dentais 33, 32, 31, 41, 42 e 43, para instalação de uma prótese total inferior imediata.

Logo após, em sua terceira consulta, no dia 24/08/2021, foi realizada a moldagem das arcadas superiores e inferiores com alginato, com a moldeira universal. Entretanto, por apresentar áreas edêntulas há bastante tempo, ocorreu uma perda óssea significativa, o que levou a perceber que seriam necessárias confecções de moldeiras individuais para melhor cópia da arcada dentária e das áreas adjacentes necessárias para confecção de base de prova e da futura prótese total imediata. Com a obtenção do modelo de gesso no laboratório de prótese, na mesma semana, as moldeiras individuais foram providenciadas, como mostra a Figura 8 (A–B).

Figura 8 – Confecção da moldeira.



(A) Individual superior. (B) Individual superior, com cera, para alívio em seu interior. **Fonte:** Arquivo pessoal do autor (2021).

Depois, em sua quarta consulta, no dia 27/08/2021, com as moldeiras individuais em mãos, foi realizada a moldagem com alginato, o que levou à obtenção do modelo de gesso (Figura 9) com as estruturas necessárias e, assim, podendo seguir com o tratamento.

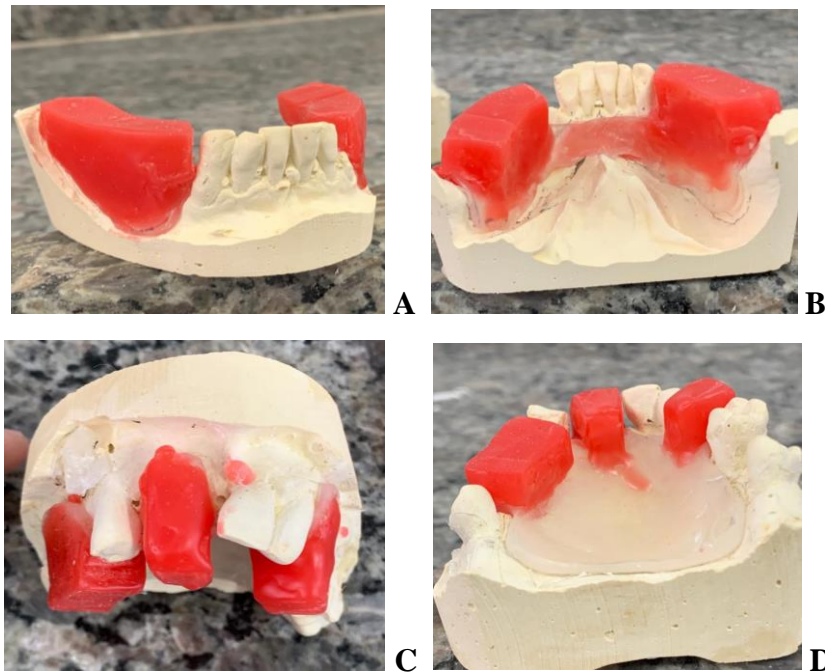
Figura 9 – Modelos funcionais de gesso, superior e inferior.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2021).

No laboratório de prótese, com os modelos de gesso em mãos, foi realizada a confecção da base de prova inferior e superior, como mostra a Figura 10 (A–D), para ser realizado o registro de mordida do paciente neles, já que ele não tinha nenhuma oclusão e que sem as bases de prova, não seria possível fazer esse registro, considerando que a futura montagem precisa do modelo em articulador.

Figura 10 – Base de prova.



(A) Prova inferior, vista vestibular. (B) Prova inferior, vista lingual. (C) Prova superior, vista vestibular. (D) Prova superior, vista palatina. **Fonte:** Arquivo pessoal do autor (2021).

Em continuidade, na quinta consulta, no dia 03/09/2021, foi realizada a tomada do arco facial (Figura 11) com as bases de prova em posição, e para realizar o registro de mordida na sua fixação em posição, foi utilizado silicone de adição.

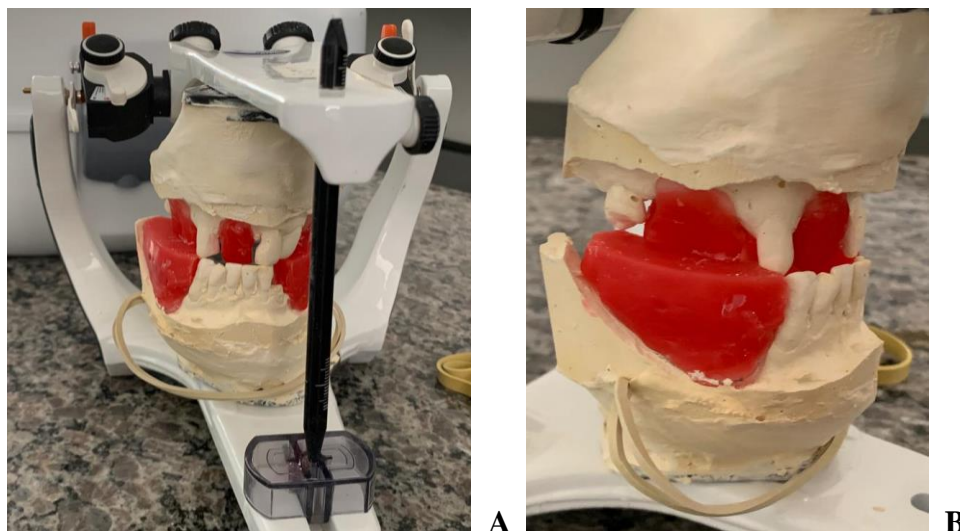
Figura 11 – Tomada do arco facial.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2021).

No laboratório de prótese, foi montado o modelo de gesso com as bases de prova em oclusão no articulador, como mostra a Figura 12 (A) e, com sua montagem, conseguiu-se observar melhor que o paciente é padrão III, possuindo uma mandíbula bem maior e mais avançada em relação à maxila, como representa a Figura 12 (B), o que dificultaria um pouco a confecção das próteses totais em relação à obtenção de uma boa oclusão.

Figura 12 – Montagem dos modelos.



(A) Montagem com as bases de prova em articulador. (B) Oclusão do paciente, classificada como padrão III.
Fonte: Arquivo pessoal do autor (2021).

Já na sexta consulta, no dia 17/09/2021, foi conferida a montagem do articulador, as escolhas dos tamanhos dos dentes, no caso, 266, e da cor, sendo selecionada a 66. A profissional técnica em prótese dental foi até o local para discutir com a professora protesista sobre a montagem das próteses total imediata (PTI) superior e inferior, pois se tratava de um caso complexo, tendo em vista a oclusão das duas futuras próteses totais imediatas. Todavia, houve um consenso e foi elaborada a PTI.

Ao decorrer da semana, a PTI em cera foi confeccionada pelo laboratório, como mostrado na Figura 13 (A), e conferida pela Profa. Dra. Renata Foureaux, professora responsável pelo caso, que autorizou o laboratório a realizar a acrilização, exibida na Figura 13 (B), confirmando ser possível, neste estágio, planejar e marcar a cirurgia para remoção dos dentes: primeiramente, os superiores, na semana seguinte, os inferiores. Assim sendo, foi feito o pedido de radiografia panorâmica e levado ao professor, que autorizou a realização da cirurgia. Além disso, foram prescritos ao paciente os medicamentos que seriam utilizados antes da cirurgia: 2g de amoxicilina e 8g de dexametasona, uma hora antes de cada ato cirúrgico.

Figura 13 – Prótese total imediata.



(A) Montada em cera, no articulador. (B) Acrilizada. **Fonte:** Arquivo pessoal do autor (2021).

Em seguida, na sétima consulta (22/10/21) foi realizada a cirurgia de remoção dos elementos dentais superiores 15, 13, 21, 22, 26 e 28, assim como a cirurgia pré-protética no centro cirúrgico, regularizando a superfície óssea para receber, logo após a cirurgia, a prótese total imediata superior. Ao término da cirurgia, a prótese não se adaptou justamente, então, o paciente foi levado à Clínica 2, sendo feita a adaptação da prótese com resina acrílica de reembasamento e a instalação da prótese (Figura 14).

Figura 14 – Paciente com a prótese total superior instalada.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2021).

Logo após, na oitava consulta, em 29/10/2021, foi realizada a cirurgia de remoção dos elementos dentais inferiores 33, 32, 31, 41, 42 e 43, além da cirurgia pré-protética, regularizando a superfície óssea para receber a prótese total imediata inferior. Também, ao término da cirurgia, a prótese não se adaptou como deveria, sendo preciso encaminhar o paciente à Clínica 2, para adaptação da prótese com resina acrílica de reembasamento.

Adiante, na nona consulta, no dia 05/11/2021, foi realizada a remoção das suturas, o ajuste na adaptação da prótese com resina acrílica de reembasamento e o ajuste da oclusão das

próteses total superiores e inferiores. Por fim, na décima e na décima primeira consultas, respectivamente, em 12/11/2021 e em 03/12/2021, foi realizado o reembasamento das próteses totais superiores e inferiores com a resina acrílica de reembasamento, além de ajustes de oclusão.

Cabe ressaltar, aqui, que nesses ajustes de oclusão, o paciente sempre queixava de desconforto e que não havia se acostumado com as próteses. Tendo isso em vista, foram passadas orientações para que utilizasse Corega na PT superior, o que ajudou um pouco, mas em relação à prótese total imediata inferior, ele ainda não havia se acostumado. No que diz respeito às próteses totais inferiores, sabe-se que o suporte oferecido à prótese inferior é menor ao da superior, estando o sucesso da prótese total diretamente relacionado com sua adaptação à base protética, composta pelo osso alveolar recoberto pela mucosa.

Nessa perspectiva, não se pode deixar de considerar que, na maxila, os ossos maxilares e o osso palatino fornecem um suporte melhor, e os ossos mandibulares possuem estruturas anatômicas em uma diferente conformação, oferecendo uma área de suporte aproveitável menor (ASSUNÇÃO, 2004). Além disso, um dos aspectos relevantes relacionados à retenção das próteses está relacionado ao tamanho e à forma dos rebordos residuais pela ancoragem dada às dentaduras, sendo isso afetado pela reabsorção óssea mandibular (GENNARI-FILHO, 2004).

Dado o exposto, o ano letivo foi concluído e o paciente não compareceu mais para atendimento no ano seguinte, relatando que procuraria um profissional para a realização de protocolos de implantes.

2. 3 Apresentação das atividades desenvolvidas por Fábio Henrique Souza Carvalho

Meu nome é Fábio Henrique Souza Carvalho, natural de Piumhi – MG. Como meu pai trabalhava no banco e era constantemente transferido, já passei por algumas cidades. Aos dois anos, me mudei para Lavras – MG, onde meu irmão nasceu e morei até os meus 7 anos. Depois, meu pai foi transferido novamente e fomos morar em Divinópolis – MG, cidade que tenho um carinho enorme, pois fiz muitos amigos, sendo um lugar em que ainda pretendo voltar a morar e seguir a minha carreira de dentista. Aos 13 anos, voltei para Lavras, sendo a mudança, de início, complicada, porque eu não queria sair de Divinópolis, mas, com o tempo, fui me acostumando e fazendo amizades até hoje importantes. Hoje, me encontro entre Lavras e Bom Sucesso – MG, cidade onde a minha família mora.

Durante quase todo o meu ensino médio, eu não sabia qual curso fazer. Apenas no terceiro ano, prestes a formar, passei a enxergar a Odontologia de uma forma diferente. Sempre admirei muito a profissão, porém, nunca havia cogitado me tornar um dentista. Então, procurei saber mais sobre o curso, o que me levou a perceber o quão bonita ele é, uma vez que, em linhas gerais, é uma profissão que tem o poder de fazer as pessoas sorrirem sem medo e, não menos importante, com saúde. A partir disso, decidi que cursaria Odontologia. Assim sendo, por já morar em Lavras e por ter ótimas referências sobre o curso no Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), tive todo o apoio possível por parte de meus pais em relação aos estudos.

A faculdade, para mim, foi algo que mudou completamente a vida. Aprender a morar sozinho, me tornar uma pessoa mais comunicativa e ter responsabilidades foram apenas algumas das lições que aprendi durante a minha graduação e que levarei para sempre. Foram 5 anos de muita luta e, com certeza, aprendizado. Dentre a enorme gama de áreas dentro da Odontologia, a de prótese foi uma das que tive mais contato e me despertou mais interesse, pois é muito gratificante poder entregar uma reabilitação oral ao paciente. Por fim, olho para trás e vejo que segui o caminho certo. Sentirei muita saudade dessa época que me trouxe conhecimentos e vivências simplesmente inesquecíveis.

2. 3. 1 Desenvolvimento do caso clínico

Paciente do sexo feminino, de 49 anos de idade, compareceu à clínica odontológica do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), na disciplina de Atividades Vocacionais de Prótese. Sua queixa principal se tratava da necessidade de realizar próteses fixas em três elementos, sendo previamente examinada e diagnosticada por outro aluno da mesma instituição, que a encaminhou para a realização do procedimento na referida disciplina. Observando o prontuário, foi constatado que a paciente não apresentava alterações sistêmicas e que não fazia uso contínuo de medicamentos, o que foi confirmado por uma revisão da anamnese.

Em primeira instância, no exame extraoral, não foram encontradas alterações. Além disso, no exame intraoral (Figura 15), foi constatado que o dente 14 (primeiro pré-molar superior direito) apresentava destruição coronária total, que o elemento 24 (primeiro pré-molar superior esquerdo) apresentava preparo para prótese fixa insatisfatório e que o 25 (segundo pré-molar superior esquerdo) apresentava uma restauração insatisfatória, com fratura na parte mesial da cúspide palatina.

Nesse viés, verifica-se que são vários os fatores que levam o paciente a negligenciar sua saúde bucal, envolvendo desde aspectos sociais e econômicos; fatores esses que podem afetar a relação entre o paciente e o autocuidado, tornando o simples hábito de uma escovação adequada uma tarefa muitas vezes maçante. A partir disso, a situação se agrava, indo da necessidade de uma pequena restauração para uma coroa total, devido à extensa perda de estrutura dental. Cabe ressaltar, também, que a paciente também estava sendo tratada na clínica integrada, por outra aluna, para os tratamentos necessários, como a restauração do elemento 26, que apresentava lesão cariiosa na superfície distal.

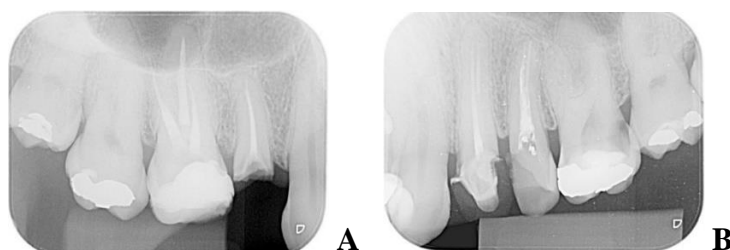
Figura 15 – Situação clínica inicial da paciente.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

No exame radiográfico, como mostra a Figura 16 (A–B), foi constatado que tanto o elemento 24 quanto o elemento 25 não apresentavam nenhuma alteração periapical que os condenariam à exodontia, possibilitando, assim, a confecção de próteses fixas.

Figura 16 – Exame radiográfico inicial do paciente.



(A) Radiografia periapical do elemento 14. (B) Radiografia periapical dos elementos 24 e 25. **Fonte:** Arquivo pessoal do autor (2022).

Dessa forma, o plano de tratamento para os elementos 14, 24 e 25 foi o seguinte:

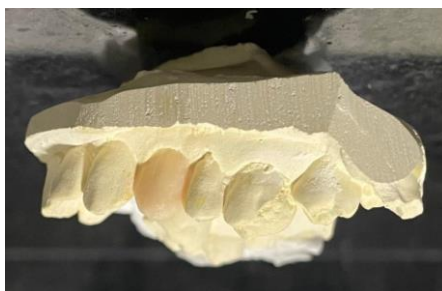
- I) Elemento 14: preparo para pino de fibra de vidro e confecção de coroa total metaloplástica;
- II) Elemento 24: refinamento no preparo e confecção de coroa total metaloplástica;
- III) Elemento 25: núcleo de preenchimento e coroa total metaloplástica.

Inicialmente, todos os elementos seriam preparados e, logo após, seria feita a moldagem e a confecção de coroa total metaloplástica. Para tanto, deve-se ter em mente que o profissional precisa compreender “[...] as necessidades primordiais do paciente, ouvir atentamente suas expectativas e seus anseios”, para, então, “definir sua personalidade, sua expectativa do tratamento e o grau de exigência” (CALIXTO; BANDECA; ANDRADE, 2011, p. 28). Assim, o planejamento e a resolução do caso dependerão desses fatores, além, é claro, de estarem aliados aos conhecimentos específicos e à experiência do profissional

Tendo isso em vista, a seguir, são descritos os procedimentos realizados, todos sob orientação do Prof. Lâner Botrel, docente responsável pela disciplina de Atividades Vocacionais de Prótese.

Como ressaltam Calixto, Bandeca e Andrade (2011, p. 28), “o primeiro contato do paciente é extremamente importante para captar informações e uma sequência de procedimentos torna-se essencial para elaborar o planejamento estético individualizado”. Sendo assim, na primeira sessão, foi realizada uma revisão da anamnese e moldagem de estudo, para que um plano de tratamento ideal fosse traçado. Com o modelo de estudo em mãos, foi feito um enceramento diagnóstico (Figura 17), para que na próxima sessão fosse confeccionado o provisório, pela técnica do *Mock-up*.

Figura 17 – Modelo de estudo com enceramento diagnóstico.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Isso posto, considera-se que é por meio do enceramento que se pode ter previsibilidade no tratamento, porque, “[...] a partir dele, é possível executar um ensaio restaurador (*mock-up*), confeccionar provisórios (diretos com resina composta ou indiretos com resina acrílica/bis-acrílica) e peças definitivas (em cerâmica), seguindo o mesmo padrão de anatomia” (CALIXTO et al., 2011, p. 28).

Dessa maneira, a prótese fixa provisória é uma parte que possui muita importância no tratamento reabilitador protético, “[...] porque desempenha um papel essencial no diagnóstico e no plano de tratamento, sendo uma fase intermediária necessária para a confecção das próteses definitivas”. Além disso, “essas restaurações são de grande valia para proteção do complexo dentina-polpa, além de função primária de preservar a saúde periodontal (QUEIROZ et al., 2021, p. 49).

Em seguida, na segunda sessão, tentou-se confeccionar o provisório para o elemento 24. Todavia, devido ao preparo insatisfatório, ou seja, estava retentivo, não sendo possível adaptar o provisório que foi confeccionado pela técnica do *mock-up*, logo, optou-se por confeccionar um provisório pela técnica da bolinha.

Nesse sentido, de acordo com Santos (2018), para a produção da técnica indireta com resina bisacrílica, é preciso: moldagem inicial e vazamento do molde; confecção do enceramento diagnóstico no modelo de estudo; moldagem do enceramento diagnóstico com silicone (seja de condensação, seja de adição); recortar a guia, seguindo o contorno dos dentes; preencher a matriz com resina bisacrílica, a qual o preenchimento deve ser realizado de incisal para cervical, para evitar a incorporação de bolhas; inserção da matriz na boca do paciente e permanecer em posição até a completa polimerização da resina; remover o excesso de material extravasado, com auxílio de uma sonda; após polimerização, com o ensaio diagnóstico em posição, retirar a matriz, remover os excessos grosseiros e dar o acabamento; avaliar o resultado e permitir ao paciente visualizar; realizar teste fonético, garantindo as funções de mastigação, fonação e deglutição; e remoção do ensaio restaurador.

Depois, na terceira sessão, foi realizado o refinamento do preparo, a confecção de um provisório pela técnica da bolinha e cimentação com o cimento provisório *temp bond* (Figura 18).

Figura 18 – Provisório cimentado no elemento 24.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Posteriormente, na quarta sessão, foi realizada uma moldagem funcional da arcada superior com silicone de condensação. Nesse ínterim, cabe dizer que “cada etapa da construção de uma prótese necessita ser edificada nos seus detalhes mais apurados, pois, se qualquer fator for negligenciado, a etapa seguinte, com absoluta certeza, estará prejudicada”. Assim, “se a moldagem não reproduzir com fidelidade e clareza o produto original, esta não servirá de base para a construção de uma prótese bem adaptada” (NISHIOKA et al., 2000, p. 94).

Desse modo, é de extrema valia que o modelo seja a representação mais próxima dos elementos preparados. Existem, hoje, no mercado, diversas matérias de moldagem, dentre eles, os mais indicados para uma cópia fiel são o silicone de adição e o de condensação. Nesse caso, foi optado pelo silicone de condensação, devido ao custo menor em relação ao silicone de adição.

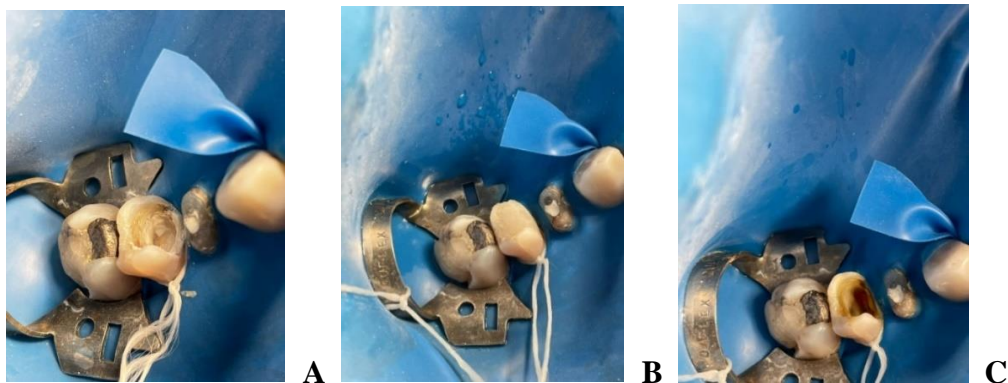
A respeito disso, sabe-se que os silicones de condensação apresentam algumas vantagens, como tempo de trabalho e presa diminuídos, têm sabor e odor agradável, menor contração, custo moderado, boa reprodução e leitura das margens. Entretanto, as desvantagens encontradas nesses materiais são, principalmente: o aumento da contração de distorção, além de ocorrer uma volatilização de subproduto (formação de álcool), apresentando uma instabilidade dimensional. Também, por ser um material hidrofóbico, necessita de vazamento imediato e tem baixa resistência à ruptura. São apresentados em forma de massa densa e fluida e de uma pasta catalisadora (PARDIM et al., 2019).

Logo após, na quinta sessão, já com isolamento absoluto, foi feito um núcleo de preenchimento para o elemento 25, como exibido pela Figura 19 (A–C). Nos núcleos de

preenchimento, geralmente são utilizados materiais plásticos, pois, como explicam Albuquerque et al. (1996), tem-se como finalidade

reconstruir elementos dentais que tenham sofrido grande perda estrutural (por cárie, por tratamento endodôntico ou por fraturas), que podem ser usados em conjunto com pinos dentinários, intrarradiculares ou, dependendo do caso, sem auxílio de pinos. Esses núcleos de preenchimento geralmente apresentam como vantagens a economia de tempo para paciente e profissional, baixo custo, não requerem procedimentos laboratoriais e apresentam boa resistência (p. 194).

Figura 19 – Núcleo de preenchimento.



(A) Remoção do material restaurador. (B) Câmara pulpar limpa. (C) Núcleo de preenchimento finalizado. **Fonte:** arquivo pessoal do autor (2022).

Nesse sentido, para se obter um preparo para núcleo de preenchimento adequado, é necessário remover todo o material restaurador até a embocadura dos condutos, aplicar uma camada de resina *flow* e preencher com resina composta. É necessário, ainda, que as paredes da coroa preparada apresentem pelo menos 1 milímetro de espessura, para que as forças sejam dirigidas para a raiz do dente.

Em momento posterior, já na sexta sessão, foi realizado o preparo para coroa total metaloplástica do elemento 25 e a confecção de provisório (Figura 20).

Figura 20 – Preparo do elemento 25.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Na consulta seguinte, foram realizados os refinamentos dos preparos e o reembasamento dos provisórios dos elementos 24 e 25 (Figura 21).

Figura 21 – Reembasamento dos provisórios.



Fonte: Arquivo pessoal do autor (2022).

Mais tarde, na sessão posterior, a moldagem funcional da arcada superior foi feita, utilizando silicone de condensação. Foi realizada, também, a moldagem da arcada inferior com alginato e registro de mordida, apenas com o silicone denso. A moldagem que melhor se aplicou nesse caso foi a funcional de dois passos. Em um primeiro momento, foi inserido no sulco gengival dos elementos o fio retrator (000), para se obter o afastamento vertical e, em seguida, foi aplicado o segundo fio retrator (00), com maior espessura, para conseguir o afastamento horizontal, de modo com que o término cervical fique bem delimitado no modelo. A esse respeito, tem-se que

a retração gengival é definida como o procedimento em que os tecidos gengivais são deslocados do dente para expor a parte às margens preparadas do dente, que ficam muito próximas à mucosa gengival, como no caso do preparo para uma restauração de prótese fixa, sejam coroas de metal-cerâmica, sejam coroas de cerâmica, seja, ainda, de facetas (TABASSUM; ADNAN, KHAN, 2017, p. 1, tradução minha).

Nessa perspectiva, a primeira parte da moldagem foi feita com o silicone denso, o qual, com o auxílio de uma luva de vinil sobre a moldeira e o silicone, foi levado à boca da paciente para conseguir um molde com alívio. Após essa etapa, apenas o fio retrator (00) foi removido. O segundo passo da moldagem, por sua vez, consistiu na manipulação e na aplicação do silicone fluido, então, com a ajuda da seringa de elastômero, o material foi despejado tanto sobre o silicone denso quanto sobre os elementos preparados, sendo a moldeira levada novamente à boca da paciente.

Com os modelos já prontos, foi montado em articulador e seria enviado para o laboratório para confecção do *copping*, porém, devido à falta da paciente em duas clínicas por problemas de saúde, não haveria mais tempo suficiente para realizar a prova do *copping* e dar continuidade ao tratamento. Então, juntamente com o Prof. Lâner Botrel, chegou-se à conclusão que seria melhor a confecção de um provisório prensado para, no próximo semestre, o tratamento ser continuado.

Na última sessão, não foi possível cimentar os provisórios prensados enviados pelo laboratório, mostrados pela Figura 22 (A), após perceber que não estavam se adaptando

corretamente aos preparos dos elementos. Dessa maneira, foram cimentados os provisórios confeccionados anteriormente pela técnica da bolinha, com hidróxido de cálcio, como exhibe a Figura 22 (B).

Figura 22 – Provisórios.



(A) Prensados, que não se adaptaram ao término do preparo. (B) Confeccionado pela técnica da bolinha, adaptado corretamente. **Fonte:** Arquivo pessoal do autor (2022).

A paciente voltará no segundo semestre para a conclusão do caso. Por fim, é válido ressaltar a importância de um passo a passo bem feito, visto que é de extrema valia entregar ao paciente, mesmo que de forma provisória, uma saúde bucal funcional e uma estética harmônica. Ver a paciente feliz, podendo sorrir, sem vergonha, foi gratificante.

2. 4 Apresentação das atividades desenvolvidas por Isabela Marques Freitas de Campos Barbosa

Meu nome é Isabela Marques Freitas de Campos Barbosa, tenho 25 anos, sou natural de Sete Lagoas – MG, entretanto, morei com os meus pais até os 9 anos de idade em uma cidade chamada Jaíba, crescendo em meio a uma população muito carente e simples. Nesse contexto, sendo filha de um dentista, tive o meu primeiro contato com a Odontologia desde muito cedo. Eu estava sempre presente no consultório do meu pai, muitas vezes ficava desenhando ou fazendo atividades escolares em sua mesa depois da aula, esperando que ele finalizasse os atendimentos do dia. Ali, pude observar como se dava a relação entre dentista e paciente, desenvolvendo muito respeito e admiração pela figura do profissional, até mesmo pela escassez de mão de obra local e pelo nível de estudo da população. Entretanto, mesmo sendo uma memória que me marcou muito, não havia despertado em mim, ainda, a vontade de seguir os passos de meu pai.

Em casa, muito curiosa e questionadora, estava sempre procurando entender como as coisas funcionavam, inclusive, tive contato com alguns materiais da área de saúde, e visto que na época não tinha acesso à internet, eu me perdia nas páginas dos livros, por horas, devido às imagens, as quais me chamavam atenção. Além disso, eu adorava ler sobre as doenças, sobre a anatomia do corpo humano e sobre como funcionava a fisiologia. Revisitava as páginas dos livros muitas vezes e, assim, tudo que encontrava ali foi me despertando interesse pela área de saúde em geral. O corpo humano e o seu funcionamento me fascinavam.

Aos 10 anos, com o nascimento de minha irmã, meus pais tomaram a decisão de voltar para Sete Lagoas, com o intuito de dar uma formação melhor para mim e para minha irmã. Lá, eu pude concluir o ensino médio e prestar o vestibular para o curso de Biologia, que foi uma área de interesse durante o colegial. Assim sendo, fui aprovada na Universidade Federal de Lavras (UFLA) e me mudei para Lavras – MG. Chegando na cidade, logo me apaixonei por ela e fiz três semestres do curso, mas não me sentia satisfeita, pois faltava o contato com o ser humano.

Nesse período, ocorreu a fratura de uma restauração que tenho no incisivo central superior direito e precisei, então, procurar um dentista imediatamente. Logo, fui à Clínica Odontológica da Universidade Federal de Lavras e, ali, encontrei atuando alguns alunos do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS). A partir desse momento, me encantei com o atendimento realizado e com a clínica, tendo despertado uma vontade em mim de estar ali

como dentista, tratando e devolvendo saúde e autoestima para as pessoas. Algum tempo depois, me inscrevi no vestibular do UNILAVRAS e fui aprovada, tendo início, finalmente, a minha história atuando na área da saúde e, de modo mais específico, na Odontologia. Digo: essa foi a decisão mais certa que já tomei em minha vida.

2. 4. 1 Desenvolvimento do caso clínico

Paciente de 27 anos, leucoderma, gênero masculino, procurou a Clínica Odontológica do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) em situação de urgência, bastante preocupado, relatando o uso de álcool em excesso durante uma festa e consequente queda, há uma semana, acarretando em um traumatismo, que ocasionou a fratura de um dos incisivos centrais. Nesse sentido, vale citar Séllos et al. (2018), que pontuam:

Na dentição permanente, é conhecido que os dentes mais afetados por trauma são os incisivos superiores e a fratura de coroa é o tipo de traumatismo mais comum. A etiologia do traumatismo dentário inclui fatores orais (protrusão ou cobertura labial), ambientais (contextos social, educacional ou cultural) e relacionados ao estilo de vida (prática de esportes, comportamento violento ou consumo de álcool). O consumo de álcool ocorre principalmente em jovens e adultos (p. 14).

Nessa perspectiva, também é interessante trazer as contribuições de Soares et al. (2010) sobre assunto. Conforme os autores,

os traumatismos dentários apresentam uma alta incidência, afetando, aproximadamente, 20-30% da dentição permanente. As fraturas radiculares e corono-radiculares compreendem cerca de 0,5 a 7% do total dessas injúrias e causam lesões aos tecidos mineralizados, às fibras do ligamento periodontal, às estruturas pulpares e, muitas vezes, estão relacionadas a outros tipos de traumatismos, como a fratura do processo alveolar. São mais prevalentes em pacientes do sexo masculino e os incisivos superiores são os dentes mais acometidos (p. 270).

Isso posto, com base na anamnese, foi constatada a ausência de alterações sistêmicas e o paciente relatou não fazer uso de medicamentos de uso contínuo. Em seguida, foi relatada a presença de dor somente na região do elemento 11 (incisivo central superior direito), apenas quando o elemento dental era tocado. Nessa direção, no exame extraoral, não foi encontrada nenhuma alteração, porém, no exame clínico intra-oral, foi observada a presença de vários traços de fratura na coroa do elemento 11, incisivo central superior direito, atingindo os três terços do dente (terço incisal, médio e cervical), resultando na perda de parte da estrutura coronária e na mobilidade das partes remanescentes. Além disso, não apresentava alteração na

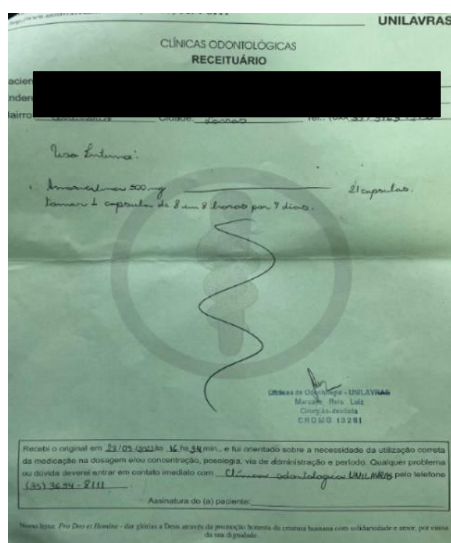
coloração coronária, mas era possível observar a exposição da câmara pulpar com presença de necrose.

Tendo isso em vista, segundo Bitencourt (2015), as fraturas dentárias podem ser classificadas em: I) fratura não complicada: trinca de esmalte, fratura de esmalte, fratura de esmalte e dentina sem exposição pulpar; II) fratura complicada: fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar, fratura radicular e fratura coronoradicular. Nesse sentido, verificou-se que o paciente em questão apresentava uma fratura complicada, de extensão coronoradicular, envolvendo os três tecidos constituintes do dente, esmalte, dentina e cimento, levando à exposição pulpar.

Dessa forma, a respeito da exposição da polpa dentária, de acordo com Passos (2014, p. 10), “uma grande quantidade de microrganismos oriundos principalmente da saliva passa a colonizar a superfície do tecido pulpar, descarregando grandes concentrações de produtos tóxicos que induzem o processo de inflamação”. Assim, a porção tecidual, em contato direto com os microrganismos, “acaba por necrosar e não oferece resistência à invasão bacteriana que, por meio da proliferação celular, avança apicalmente no tecido pulpar, provocando mais inflamação, necrose e infecção. Cria-se, então, um ciclo que culmina com o comprometimento de toda a polpa” (SANTOS, 2014, p. 10).

Logo, como tratamento de urgência, na primeira sessão do atendimento, o paciente foi avaliado clinicamente e medicado com amoxicilina 500 mg (Figura 23), para prevenir uma futura infecção, devido ao estado necrótico em que a polpa se encontrava, já que o paciente relatou ter se acidentado há uma semana anterior ao dia em que recebeu atendimento odontológico.

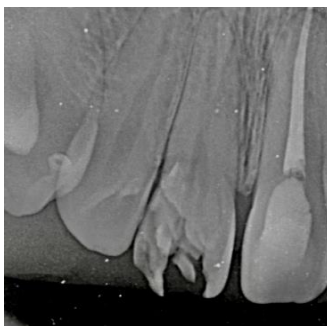
Figura 23 – Receita do medicamento.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Em seguida, a Figura 24 mostra a imagem da radiografia periapical do elemento 11, que revelou a presença de fratura radicular longitudinal, que percorria o terço cervical pela palatina até o terço apical da raiz do elemento.

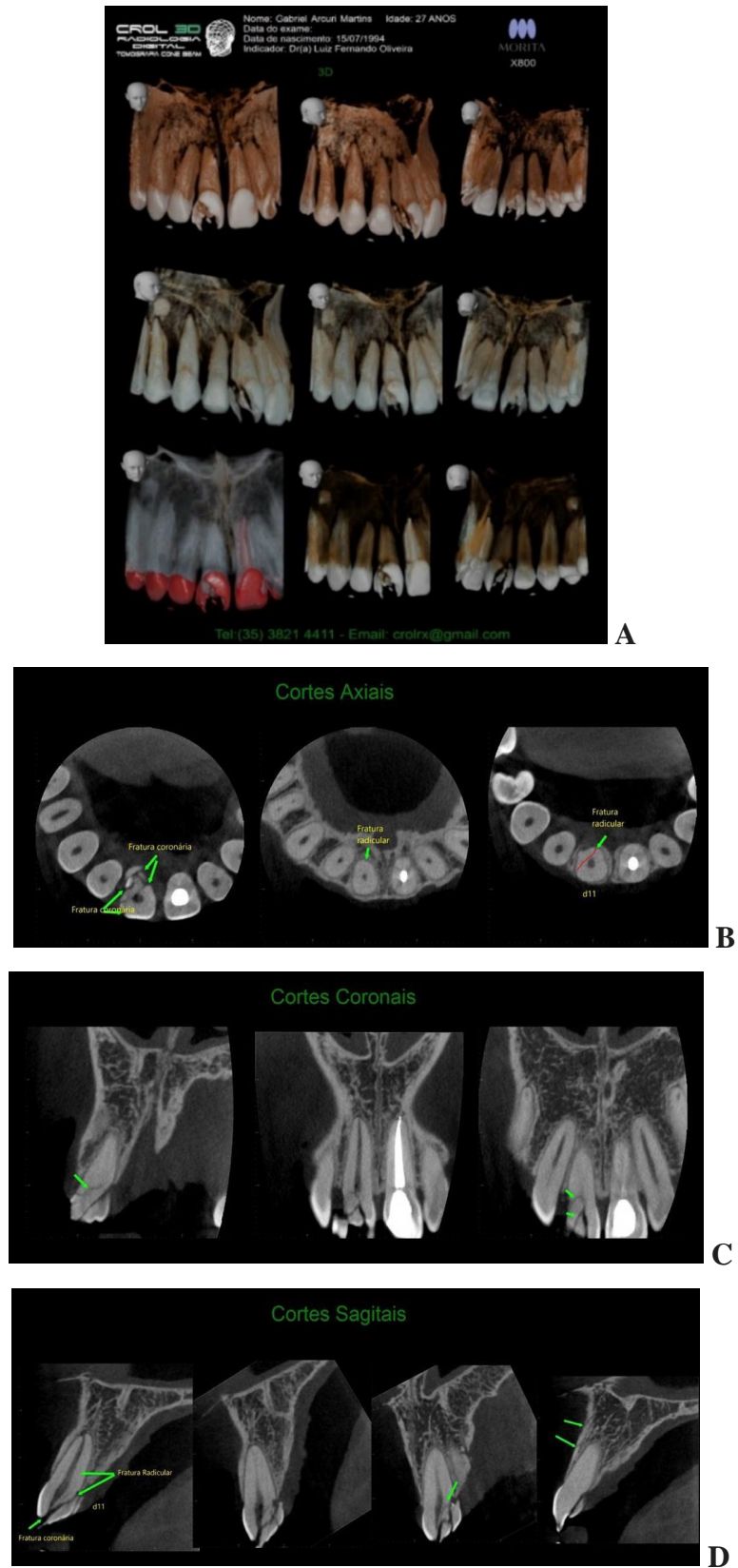
Figura 24 – Radiografia periapical do elemento 11.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Em momento posterior, para fim de confirmação do diagnóstico, foi pedido ao paciente que realizasse o exame de tomografia computadorizada. As imagens obtidas estão expostas na Figura 25 (A–D).

Figura 25 – Tomografia computadorizada.



(A) Elemento 11. (B) Corte axial do elemento 11. (C) Corte coronal do elemento 11. (D) Corte sagital do elemento 11. **Fonte:** arquivo pessoal do paciente (2022).

Com a tomografia em mãos, foi confirmada a presença e a extensão da fratura, condenando o dente à extração, com a necessidade de realização de implante. Desse modo, vê-se que a perda do incisivo central acarreta em muitos danos ao paciente. Isso se dá, sobretudo, porque a mutilação dentária, quando resulta da perda dos dentes, “[...] é um fator predisponente a diversas doenças, pois provoca mudanças físicas, biológicas e emocionais nos indivíduos submetidos a essa prática” (DOMINGOS, 2012 apud OLIVEIRA et al., 2020, p. 4 apud).

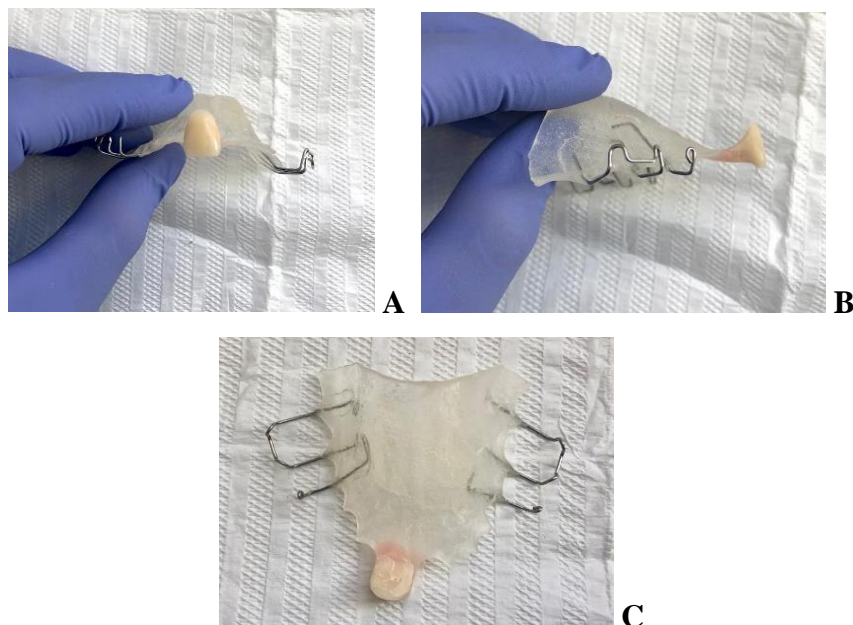
Portanto, além da importância funcional, existe o fator estético, o qual a ausência do elemento íntegro, nesse caso, levou o paciente à reclusão, evitando sair de casa para ter menos contato com outras pessoas. Sendo assim, o cirurgião-dentista tem papel de grande relevância no tratamento integral dos pacientes

[...] devendo voltar sua atenção não apenas à saúde bucal, mas, também, aos aspectos psicológicos, levando em consideração que a Odontologia é uma combinação entre a formação científica, visão humanística da promoção da saúde e habilidade técnica. Com isso, é de sua responsabilidade manter o equilíbrio emocional do paciente diante do procedimento odontológico, constituindo um modelo humanizado de atendimento (GUERRA et al., 2014 apud OLIVEIRA et al., 2020, p. 2).

Em seguimento, após a primeira sessão, na qual foi realizado o diagnóstico sob a supervisão do professor Luiz Fernando, a partir do tratamento planejado de extração e de implante imediato, foi optado por realizar um dente provisório utilizando a técnica da faceta pré-fabricada adaptada a uma placa acrílica, semelhante a um aparelho removível (Figura 26 A–C).

Depois, na segunda sessão, o paciente foi moldado, a fim de obter um molde de gesso para a confecção da placa, sendo realizado um desgaste com broca maxicute na região correspondente ao elemento 11, para que, ali, fosse construído o dente provisório. Em outro momento, uma perfuração foi realizada na região da face palatina do provisório, para servir como guia cirúrgico durante a instalação do implante imediato, a partir da técnica de extração e de implante imediato, eleita e realizada pelo professor Luiz Fernando Ferreira.

Figura 26 – Placa de acrílico com provisório.



(A) Vista frontal. (B) Vista lateral. (C) Vista oclusal. **Fonte:** Arquivo pessoal da autora (2022).

Assim sendo, a Figura 27 mostra o dente provisório confeccionado pela técnica da faceta substituindo o elemento 11 extraído e já instalado na boca do paciente.

Figura 27 – Paciente com o dente provisório confeccionado pela técnica da faceta substituindo o elemento 11 extraído.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Cabe dizer, aqui, que a instalação do implante foi realizada na segunda sessão de forma imediata à extração. Para melhor adaptação gengival, selamento do sítio cirúrgico e evitar perda de forma e estrutura do tecido, foi adequado um cicatrizador cirúrgico utilizando resina acrílica, com o objetivo de proteger, manter o formato e o contorno do tecido gengival circundante.

Nesse ínterim, a substituição de “[...] um elemento dentário por implantes osseointegrados representa uma importante alternativa na reabilitação estética e funcional. O protocolo clássico recomenda a colocação dos implantes após total cicatrização óssea da região receptora, geralmente após 6 meses” (ALBREKTSSON *et al*, 1986 apud PRIMO *et al*.,

2011, p. 66). Contudo, “o aperfeiçoamento na técnica cirúrgica e na superfície dos implantes evidenciam que é possível a instalação imediatamente após a extração do elemento dentário”.

Dessa maneira, “o êxito da implantação imediata está diretamente ligado ao sucesso da exodontia, que deve ser feita da melhor forma possível, para evitar a perda óssea. Além disso, um processo de curetagem minucioso, a fim de eliminar qualquer lesão e restos de ligamento periodontal, deve ser feito” (SCHWARTZ-ARAD; CHAUSHU, 1997 apud MONEZI et al., 2019, p. 4).

A princípio, era esperado que durante a cirurgia fosse executada a técnica do implante com carga imediata, que consiste em logo após a realização do implante, ser instalada uma prótese provisória. Essa técnica tem como benefício a redução do tempo de espera para colocação da prótese sob implante, mas não foi cumprida devido ao não travamento do implante no ato cirúrgico, pois, para ser realizada, é necessário um torque de 32 N, e o torque possível durante o procedimento foi de 22 N, o que resultou em outra estratégia de tratamento, sendo necessário aguardar de 60 a 90 dias após a cirurgia, a osteointegração, para que fosse confeccionada e instalada uma prótese provisória e, posteriormente, seja colocada a prótese definitiva. Desta forma, no dia da cirurgia foi instalada uma placa acrílica com dente provisório.

Apesar da mudança na sequência do tratamento, a cirurgia ocorreu com sucesso e, após o ato, foi receitado ao paciente clavulin 625mg, dexametasona 4mg e lisador 1g, conforme mostra a Figura 28.

Figura 28 – Receituário pós-cirúrgico.

Universitário de Lavras - Curso de Odontologia
 Padre José Poggel, 506 - Bairro Padre Dehon - 37203-593 - Lavras/MG
 www.unilavras.edu.br Tel: (0xx35) 3694-8111

UNILAVRAS

CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS
 RECEITUÁRIO

Paciente: [Redacted]
 Endereço: [Redacted]
 Bairro: _____ Cidade: _____ Tel.: (0xx _____)

Ass. Edina

1. Clavulin 625mg — 1 comprimido
 tomar 1 comprimido de 8 em 8 horas durante 7 dias.

2. Dexametasona 4mg — 1 caixa
 tomar 1 comprimido logo após a cirurgia, tomar um comprimido antes de dormir, e os demais administrados 1 comprimido de 12 em 12 horas durante 4 dias.

3. Lisador 1g — 1 caixa
 tomar 1 comprimido logo após a cirurgia e os demais administrados 1 comprimido de 6 em 6 horas, caso sintas dor.

Recebi o original em 06/04/2020 às 11:14:12 min., e fui orientado sobre a necessidade da utilização correta da medicação na dosagem e/ou concentração, posologia, via de administração e período. Qualquer problema ou dúvida deverá entrar em contato imediato com [Redacted] pelo telefone [Redacted].

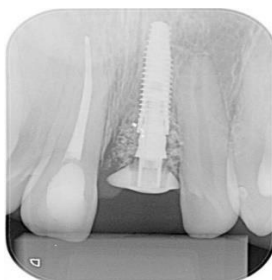
Assinatura do (a) paciente: [Redacted]

Novo lema: Pro Deo et Mundo - dar glória a Deus através da promoção bem-estar da criação humana com solidariedade e amor, por causa da sua dignidade.

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Passado o prazo de 60 dias, na terceira sessão, o paciente retornou para consulta e avaliação. Então, por meio do exame clínico e radiográfico (Figura 29), foi constatado o êxito da cirurgia e a osteointegração necessária para que fosse confeccionada a prótese fixa definitiva. Sendo assim, o professor Laner Botrel realizou a troca do cicatrizador (Figura 30) pela prótese fixa provisória, confeccionada pela técnica da faceta pré-fabricada com construção em acréscimos de resina composta. Finalmente, foi dado o acabamento e o polimento.

Figura 29 – Radiografia periapical do implante.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Figura 30 – Paciente com o cicatrizador personalizado.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2022).

Desde então, o paciente vem sendo assistido, com necessidade de retorno no próximo semestre, para dar continuidade ao tratamento e para receber a prótese fixa definitiva. Durante todo o processo, foi muito gratificante acompanhar a evolução do paciente, indo do estado de tristeza e de reclusão, pela perda do dente e pela não adaptação ao provisório confeccionado pela técnica da faceta pré-fabricada, ao estado de aceitação estética do provisório, que o encorajou a retomar, aos poucos, as atividades sociais.

É importante dizer, ainda, que todo o processo durou 3 meses e foi uma vivência muito enriquecedora, principalmente por abranger o ponto de vista técnico e operacional, passando pelo diagnóstico, pela discussão do caso clínico e, não menos importante, pelo acompanhamento dos procedimentos, realizados pelos professores Luiz Fernando e Laner Botrel.

3 AUTOAVALIAÇÃO

3.1 Autoavaliação da acadêmica Ana Caroline Brógio Lourençoni

Em primeiro lugar, o que me motivou no momento da escolha pela Odontologia foi o fato de ser uma profissão em que é possível ajudar e contribuir para o bem-estar dos pacientes. Nesse sentido, a minha filosofia de pensamento, após concluir os 5 anos de graduação, é que a vida somente terá sentido quando se começa a olhar para o próximo, buscando ir além de nós mesmos. Digo isso, pois, ao iniciar a graduação, não imaginava o quanto ela me transformaria pessoal e profissionalmente. O tratamento relatado nesse portfólio me fez olhar para a vida e para o curso de uma maneira completamente diferente. No caso em questão, consegui ter a noção da responsabilidade de cirurgiões-dentistas, assim como o impacto positivo que um profissional da área pode causar na vida dos pacientes.

Com o passar do tempo, fui capaz de superar diversas dificuldades e, hoje, posso afirmar que me sinto vitoriosa por mais essa conquista. Cada ano passado foi, definitivamente, um degrau que subi para chegar até aqui, e isso não seria possível sem os conhecimentos e as habilidades que os professores transmitiram a todos os alunos, como a mim, durante todo o curso. Apesar das circunstâncias difíceis enfrentadas no cotidiano, a fé e a perseverança de que dias melhores viriam foram primordiais para me reerguer e me incentivar a lutar pelos meus sonhos. Dessa maneira, posso afirmar que me sinto pronta para o novo ciclo que se inicia em minha vida.

3.2 Autoavaliação do acadêmico Emanuel José Reis Costa Nogueira

Desde que fui aprovado no curso, já possuía em mente que o meu objetivo era tentar buscar a solução para os casos que apareceriam na Clínica Odontológica e, futuramente, em meu consultório, fazendo, assim, com que as pessoas pudessem levar uma qualidade de vida melhor. Logo, o intuito seria sempre superar as expectativas procuradas, mas respeitando, em primeiro lugar, a saúde.

Cabe pontuar que esse caso em especial me comoveu bastante pela participação em uma etapa a qual o paciente foi submetido ao tratamento dental em que seria eleito a utilizar prótese total superior e inferior, o que mexe completamente com toda a vida do ser humano, envolvendo desde aspectos estéticos e funcionais até aqueles psicológicos, posto que a adaptação com a prótese pode causar na pessoa certo nervosismo, ainda que este melhore depois de algum tempo.

Por fim, vale dizer que a faculdade nos ensina, dentre tantas coisas, que nós, como estudantes em formação, estamos muito bem preparados para lidar com as emoções de nossos pacientes. Por exemplo, seja ao atender um paciente que teve um dente fraturado, ajudando-o a voltar a sorrir com segurança, seja ao atender um paciente que passa por dificuldades durante o processo de adaptação com uma prótese, motivando-o a não desistir, esses momentos evidenciam que o profissional da área de Odontologia é de extrema importância para a vida em sociedade. Quando a qualidade de vida é melhorada, a curto ou a longo prazo, percebe-se que tudo valeu a pena.

3.3 Autoavaliação do acadêmico Fábio Henrique Souza Carvalho

Ao final do ensino médio, eu já cogitava escolher a Odontologia, por já morar em Lavras e por achar uma profissão bonita. Hoje, quase cinco anos após o início do curso, vejo que escolhi o caminho certo. Conseguir devolver a autoestima, juntamente com a saúde ao paciente, torna a Odontologia, sem dúvidas, encantadora e gratificante. Durante esses 5 anos, muitas dificuldades e medos foram enfrentados, mas com muita dedicação e paciência, todas essas dificuldades foram sanadas, sendo muito aprendizado adquirido.

Assim sendo, aprender a lidar com pressão, com frustrações e com inseguranças foi extremamente necessário para compreender que o caminho do sucesso possui diversas etapas pelas quais precisamos atravessar para alcançarmos o que tanto almejamos. Enfim, com sentimento de dever cumprido e com muito conhecimento adquirido, ressalto que este ciclo que se encerra deixará saudades, porém, amizades que levarei para a vida toda.

3.4 Autoavaliação da acadêmica Isabela Marques Freitas de Campos Barbosa

Mesmo, desde pequena, possuir certa proximidade com a Odontologia por ter um pai profissional da área, ao iniciar o curso, percebi que eu tinha uma visão um pouco superficial a respeito dela. Entretanto, com o passar do tempo, descobri um universo de possibilidades e, hoje, vejo a Odontologia como um trabalho de artesão, aliado a muita técnica, a muito estudo, a muita ciência e, é claro, a muito embasamento, tudo muito bem interligado e sustentado, mas, ainda sim, um trabalho que envolve arte, isto é, perceber minuciosamente e fazer manualmente, sendo o que mais me encanta.

A partir do laboratório de Anatomia Dental e Escultura, devo dizer, essa visão se tornou mais clara, tendo começado ali a crescer a minha paixão pela Odontologia. Depois disso, veio a Clínica Infantil, outra experiência muito gratificante, pois fui desafiada várias vezes a desenvolver habilidades imprescindíveis para um bom profissional da área, tais como agilidade, perspicácia e auto controle. Por fim, me peguei até cantando para um paciente enquanto realizava um procedimento técnico odontológico!

Infelizmente, também perpassei por muitos momentos difíceis, duros e cansativos. Muita frustração. Porém, sempre persisti, porque desistir nunca foi uma opção para mim. Agora, sou capaz de ver o quão cada fase vivida me trouxe amadurecimento e desenvolvimento pessoal. Por isso, posso dizer que, definitivamente, não está se formando a mesma Isabela que entrou no curso de Odontologia, no Centro Universitário de Lavras, há alguns anos.

4 CONCLUSÃO

Após tantas experiências enriquecedoras que foram vivenciadas ao longo desses cinco anos de formação, podemos dizer que saímos da universidade com a sensação de gratidão e prontos para, com muito amor, exercer a profissão encantadora que é a do Cirurgião Dentista, restaurando o movimento mais belo do ser humano, que é o seu sorriso.

Nesse sentido, ter contato com pacientes, tais como os aqui expostos, foi imprescindível para ampliar as nossas habilidades, sejam elas voltadas ao campo prático da Odontologia, sejam elas voltadas às questões socioculturais e psicológicas, as quais devem, sempre, ser consideradas para exercer um trabalho de qualidade.

Entretanto, também compreendemos que este é apenas o início de uma jornada longa e cheia de surpresas que está por vir. Assim sendo, esperamos ansiosos para o que o futuro nos reserva. Portanto, ainda que estejamos concluindo, neste momento, a última etapa do curso, ressaltamos que o nosso sonho não acaba aqui: ele se amplia.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Rodrigo de Castro et al. Estudo da resistência à fratura de dentes reconstruídos com núcleos de preenchimento: efeito de materiais e pinos. **Revista de Odontologia da Unesp**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 193-205, 1996. Disponível em: <https://www.revodontolunesp.com.br/article/588017797f8c9d0a098b474c>. Acesso em: 04 jul. 2022.

ASSUNÇÃO, Wirley Gonçalves et al. Anatomia para-protética: importância em prótese total. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v. 25, n. 1, p. 57-64, jan./jun. 2004. Disponível em: <https://www.apcdaracatuba.com.br/revista/revistanova/03.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2022.

CALIXTO, Luiz Rafael; BANDECA, Matheus Coelho; ANDRADE, Marcelo Ferrarezi de. Enceramento diagnóstico: previsibilidade no tratamento estético indireto. **Rev. Dental. Press. Estét.**, [s.l.], v. 8, n. 4, p. 26-37, jul./set. 2011. Disponível em: <http://rcodontologiaestetica.com.br/assets/laborat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2022.

BITENCOURT, Sandro Basso et al. Abordagem terapêutica das fraturas dentárias decorrentes do traumatismo dentário. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v. 36, n. 1, p. 24-29, jan./jun. 2015. Disponível em: <https://apcdaracatuba.com.br/revista/2015/07/03.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2022.

GENNARI-FILHO, Humberto. O exame clínico em prótese total. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v. 25, n. 2, p. 62-71, jul./dez. 2004. Disponível em: <https://www.apcdaracatuba.com.br/revista/v25n2/exameclinico.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2022.

GUEDES-PINTO, Antonio Carlos. **Odontopediatria**. 9. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2016.

JARDIM, Juliana Jobim; SIMONETI, Miriam Nunes Doege; MALTZ, Marisa. Remoção parcial de tecido cariado em dentes permanentes: seis anos de acompanhamento. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 20, n. 1, p. 39-45, jan./abr. 2015. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122015000100008. Acesso em: 25 jun. 2022.

JUNIOR, Antonio Eudes Barbosa; VIEIRA, Igor Cunha; SALLES, Marcela Moreira. Utilização de prótese total imediata: revisão de literatura. **JNT: Facit business and technology journal**. [s.l.], p. 22-29. 2020. Disponível em: <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/704>. Acesso em: 04 jul. 2022.

LIMA, José Eduardo de Oliveira. Programa preventivo da cárie dentária baseado no controle mecânico da placa bacteriana em crianças, por meio da profilaxia profissional periódica: resultados após 25 anos de acompanhamento. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, [s.l.], v. 14, n. 3, p. 44-51, jun. 2009. FapUNIFESP (SciELO).

MAGALHÃES, Ana Carolina et al. **Cariologia**: da base à clínica. São Paulo: Manole, 2020.

MANSINI, Roberto et al. Utilização da tomografia computadorizada no diagnóstico de fraturas radiculares verticais. **RGO- Rev Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v. 58, n. 2, p. 185-190, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rgo/v58n2/a07v58n2.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2022.

MONEZI, Lara Lais de Lima et al. Implantes imediatos: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], n. 30, p. 1037-1042, 31 ago. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1037>. Acesso em: 28 jun. 2022.

NISHIOKA, Renato Sussumu et al. Avaliação da alteração dimensional entre um silicone de polimerização por adição e outro por condensação. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 29, n. 1-2, p. 93-104, 2000. Disponível em: <https://www.revodontolunesp.com.br/article/588017947f8c9d0a098b47d8>. Acesso em: 04 jul. 2022.

OLIVEIRA, Mayara Monique Silva et al. Aspectos psicossociais relacionados ao paciente desdentado: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Odontológico**, [s.l.], v. 1, p. 1-7, 6 mar. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/odontologico/article/view/2477>. Acesso em: 05 jul. 2022.

PARDIM, Nathanna Thaiuny Guimarães; CUNHA, Miguel Arcanjo Porto da. Materiais para moldagem funcional usados na prótese total: revisão de literatura. **Id On Line Revista de Psicologia**, [s.l.], v. 13, n. 48, p. 465-475, dez. 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2224/0>. Acesso em: 04 jul. 2022.

PASSOS, Simara Maia. **Microbiologia das Infecções Endodônticas**. 2014. 32 f. Monografia (Especialização) - Curso de Endodontia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-9PMGVH/1/simara_vers_o_15_09.pdf. Acesso em: 28 jun. 2022.

PORDEUS, Isabela Almeida; PAIVA, Saul Martins. **Odontopediatria**. Porto Alegre: Artes Médicas LTDA, 2014.

PRIMO, Bruno Tochetto et al. Implante imediato para substituição de elemento dentário com fratura radicular: relato de caso clínico. **Stomatos**, Canoas, v. 17, n. 32, p. 65-71, jan./jun. 2011. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-44422011000200008. Acesso em: 28 jun. 2022.

QUEIROZ, Andressa Cristina da Silva et al. Provisórios em prótese fixa: revisão integrativa da literatura e técnicas para confecção. **Journal Of Dentistry & Public Health**, [s.l.], v. 12, n. 1, p. 48-60, 12 maio 2021. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/odontologia/article/view/3543>. Acesso em: 04 jul. 2022.

SANTOS, Elisabeth Karoline dos. **Aplicação do ensaio restaurador mock up e planejamento digital nos tratamentos odontológicos**. 2018. 46 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/191158>. Acesso em: 04 jul. 2022.

SÉLLOS, Mariana Canano et al. Prevalência de traumatismo nos dentes permanentes anteriores de estudantes brasileiros de 10 a 25 anos. **Interagir**: pensando a extensão, Rio de Janeiro, v. 1, n. 25, p. 13-19, jan/jun. 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/view/25284/26414>. Acesso em: 26 jun. 2022.

SILVA-JUNIOR, Manoelito Ferreira et al. Condição de saúde bucal e motivos para extração dentária entre uma população de adultos (20-64 anos). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2693-2702, ago. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BQ8YfVd9TBCKN58YqPBjWcB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 jun. 2022.

SOARES, Adriana de Jesus et al. Prevalência das fraturas radiculares e corono-radiculares no serviço de traumatismo dentário da FOP-Unicamp: estudo retrospectivo. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p. 270-273, jul./dez. 2010. Disponível em: <https://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/206>. Acesso em: 28 jun. 2022.

SOUTO, Leandro Alves Ogeda. **A importância do planejamento preliminar junto ao ensaio restaurador (mock-up) nos tratamentos estéticos**. 2019. 33 f. Monografia (Especialização) - Curso de Dentística, Faculdade de Sete Lagoas, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://faculdadefacsete.edu.br/monografia/files/original/4b8e94d43869cc1d7200c62373d58f3b.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2021.

TABASSUM, Sadia; ADNAN, Samira; KHAN, Farhan Raza. Gingival retraction methods: a systematic review. **Journal Of Prosthodontics**, [s.l.], v. 26, n. 8, p. 637-643, 28 jul. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27465933/>. Acesso em: 03 jul. 2022.

TOURINO, Luciana Fonseca de Pádua Gonçalves. **Prevalência de hipomineralização molar-incisivo e fatores associados em escolares de um município do sudeste brasileiro**. 2015. 104 f. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-ACYESL/1/tese_luciana_fonseca_p_dua_gon_alves_tourino.pdf. Acesso em: 25 jun. 2022.

VALARELLI, Fabrício Pinelli et al. Importância dos programas de educação e motivação para saúde bucal em escolas: relato de experiência. **Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v. 10, n. 2, p. 173-176, abr./jun. 2011. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882011000200015. Acesso em: 25 jun. 2022.