

Manoela Gonçalves da Silva

**REABILITAÇÃO BUCAL PROVISÓRIA: UMA VISÃO MULTIPROFISSIONAL E
INTERDISCIPLINAR**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof. Me. George Valdemar Mundstock

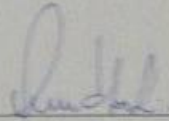
Santa Cruz do Sul

2015

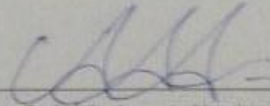
Marcelle Gonçalves da Silva

REABILITAÇÃO BUCAL PROVISÓRIA: UMA VISÃO MULTIPROFISSIONAL E
INTERDISCIPLINAR

Este trabalho foi submetido ao Curso de Odontologia da
Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito
parcial para a obtenção do título de Cirurgião-Dentista.



Prof. Me. George Valdemar Mundstock
Professor Orientador



Prof. Atila Augusto Mundstock
Professor Examinador



Prof.^a Rosileid Pappen Umpierrez
Professora Examinadora

Santa Cruz do Sul
2015

*Dedico este trabalho à minha família, principalmente à minha mãe e aos meus irmãos, por servirem de grande exemplo e inspiração, por lutarem pela minha educação, por me guiarem pelos caminhos corretos, ensinando-me a sempre lutar pelos meus sonhos e a ter virtudes.
A vocês, o meu amor, respeito e agradecimento.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela saúde, pelo dom da vida e da criação, por me guiar e iluminar meu caminho. Sem ele, jamais teria chegado até aqui.

Agradeço a minha mãe Rose e meus irmãos Natália e Vitor por acreditarem em mim e terem aberto mão de muitas coisas para que eu chegasse a concluir esse sonho. Agradeço ao meu pai Vanderlei, por toda palavra de apoio e por ter acreditado no meu sonho. Vocês têm todo meu amor. Obrigada aos meus amigos que mesmo longe se fizeram presente e aqueles que estavam perto e foram apoio em todo tempo. Me sinto a pessoa mais sortuda do mundo por ter vocês perto de mim.

*Não te mandei eu? Esforça-te, e tem bom ânimo; não temas, nem te espantes;
porque o Senhor teu Deus é contigo, por onde quer que andares.*

(Josué 1:9)

RESUMO

O trabalho multiprofissional é um trabalho formado por profissionais de diversas áreas da saúde, podendo ser trabalhado de forma interdisciplinar, ou seja, diversas especialidades dentro de cada área. Cada paciente deve ser visto de forma única e integral para o reestabelecimento de sua saúde. O objetivo desse estudo é mostrar a necessidade do trabalho multiprofissional e interdisciplinar para o paciente com diversos problemas de ordem psicológica, nutricional, social e odontológica. Foi realizada uma reabilitação bucal provisória em um paciente de 31 anos, gênero feminino, atendida no Projeto “Reabilitando sorrisos em busca de uma melhor qualidade de vida da população” do curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul associando tratamento endodôntico, restaurações com resinas composta e prótese parcial provisória, com assistência ao longo do tratamento de uma estudante de psicologia, uma de nutrição e uma profissional de serviço social. Os resultados alcançados mostram que apesar desse processo ser temporário e necessitar de acompanhamento e manutenção das restaurações, houve melhora por meio da interação das disciplinas e dos cursos. O trabalho multiprofissional se apresentou difícil na prática, o contato entre os profissionais se mostrou deficiente. Conclui-se que o trabalho multiprofissional e interdisciplinar é o melhor método para devolver a saúde geral para o paciente, contudo há deficiência no ensino da universidade para que esse trabalho aconteça de forma bem elaborada no serviço público de saúde.

Palavras-chave: Multiprofissional, interdisciplinar, reabilitação bucal.

ABSTRACT

The multi professional work is a job which is made for a lot health areas. It could be worked in interdisciplinary form, it means, many especialities inside each field. Each patient needs to be looked in integral and unique form to reestablish their health. The objective into this study is to show the necessity of multi professional and interdisciplinary work to help a pacient with many disfunctions , such as psychology, nutrition, social and dental disorders. One dental reabilitation was made in a patient with 31 years old, feminine, which was attended at “Reabilitando sorrisos em busca de uma melhor qualidade de vida da população” Project inside the dentistry college at University of Santa Cruz do Sul. The treatment was made by association in differents dental areas, as endodontic, restorative dentistry, and provisional partial prosthodontics. It had also the assistence of three students from other fields of study, as a psicology major, a nutrition major, and a social service major. The results showed us even the progress seems temporary, and needed constant care for the dental restorations, it had an incredible better provides from the interaction in differents health fields of study. The multi professional work has been very difficult in practice, and also it had a lack of professional work between the people envolved. This study has concluded the multi professional and interdisciplinary work is the best metod to develop general health for the patients. Although there is a deficiency inside the universities education, wich creats difficulties between those health workers in the public service system.

Keywords: Multi professional, interdisciplinary, oral rehabilitation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fotografia 1 - Radiografia panorâmica inicial	29
Fotografia 2 - Radiografias periapicais iniciais	29
Fotografia 3 - Aspecto clínico inicial – vista frontal vestibular	31
Fotografia 4 - Aspecto clínico inicial – vista oclusal	31
Fotografia 5 - Aspecto clínico inicial – vista frontal	32
Fotografia 6 - Modelo de estudo superior	33
Fotografia 7 - Modelo de estudo inferior	33
Fotografias 8, 9, 10 - Dentes extraídos	36
Fotografia 11 - Vista frontal – adequação de meio	37
Fotografia 12 - Vista oclusal da arcada inferior – dentes selados com cimento de ionômero de vidro	38
Fotografia 13 - Aspecto radiográfico inicial dos dentes 11 e 21	40
Fotografia 14 - Tratamento de canal do dente 21	40
Fotografia 15 - Dente 21 tratado endodonticamente concluído	41
Fotografia 16 - Dentes 11, 12 e 22 extraídos	41
Fotografia 17 - Extração dos dentes 11, 12 e 22	42
Fotografia 18 - Radiografia dos dentes anteriores inferiores endodonticamente tratados	42
Fotografias 19, 20 - Retratamento endodôntico do dente 32	43
Fotografia 21 - Modelo com PPA imediata	44
Fotografia 22 - PPA em boca	45
Fotografia 23 - Modelo para confecção da PPA	46
Fotografia 24 - Inclusão do modelo em gesso na mufla	46
Fotografia 25 - Aplicação da resina sobre o modelo	47
Fotografia 26 - Prensagem da mufla	47
Fotografia 27 - PPA final pronta	48

Fotografia 28 - Aspecto inicial da paciente	50
Fotografia 29 - Aspecto final da paciente	50
Fotografia 30 - Aspecto final da paciente em oclusão	51
Fotografia 31 - Aspecto final da paciente – vista oclusal dos dentes superiores com PPA	51
Fotografia 32 - Dentes inferiores restaurados	52
Fotografia 33 - Vista oclusal dos dentes inferiores	52
Fotografia 34 - Aspecto radiográfico inicial	53
Fotografia 35 - Aspecto radiográfico final	53
Fotografia 36 - Aspecto inicial da paciente	54
Fotografia 37 - Aspecto final da paciente	54

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1	Trabalho multiprofissional e interdisciplinar	14
2.2	Odontologia	15
2.2.1	Endodontia em dentes necrosados	15
2.2.2	Adequação de meio.....	17
2.2.3	Resina composta.....	19
2.2.4	Prótese Parcial Provisória	20
2.2.5	Estética em dentes anteriores.....	23
2.3	Nutrição.....	24
2.4	Serviço social	25
2.5	Psicologia	26
2.6	Tipo de estudo	27
2.7	Seleção do material bibliográfico	27
3	RELATO DE CASO	28
3.1	Tratamento endodôntico de dentes necrosados.....	38
3.2	Retratamento endodôntico.....	43
3.3	Prótese Parcial Acrílica imediata (PPA)	44
3.4	Prótese Parcial Acrílica (PPA).....	45
3.5	Tratamento Restaurador Estético	48
4	DISCUSSÃO	55
5	CONCLUSÃO	61
	REFERÊNCIAS.....	63
	ANEXO A – Encaminhamentos para o Curso de Nutrição feitos pela aluna responsável e seu Orientador, juntamente com a assistente social responsável pelo caso.....	68

ANEXO B – Encaminhamentos para o Curso de Psicologia feitos pela aluna responsável e seu Orientador, juntamente com a assistente social responsável pelo caso.....	69
ANEXO C – Autorização do Coordenador do Curso de Odontologia	70
ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	71

1 INTRODUÇÃO

Os procedimentos reabilitadores são cada vez mais procurados pelos pacientes da clínica odontológica em busca de melhor conforto, estética e função (DANTAS, 2012). A reabilitação da cavidade bucal refere-se, na maior parte, à reconstrução dos remanescentes dentários e à reposição dos elementos dentários perdidos, restabelecendo assim a função e o equilíbrio do sistema estomatognático (GOYATÁ et al., 2008).

O sistema estomatognático é a unidade funcional do corpo responsável, principalmente, pela fala, mastigação e deglutição, e também está relacionado com o paladar e a respiração. Vários fatores podem cooperar para prejudicar o equilíbrio oclusal, portanto, é necessário um planejamento multidisciplinar criterioso, visando o sucesso do tratamento e a satisfação estética e funcional do paciente (COSTA et al., 2002; CURA; SARAÇOGLU; OZTURK, 2002).

Atualmente, a Odontologia busca preservar ao máximo todos os dentes, porém, antigamente, isso não era feito. O tratamento dentário consistia na extração dos elementos que apresentavam dor, sem ao menos buscar preservá-los. Pessoas com baixa renda não tinham a possibilidade de substituição dos dentes extraídos. Já os de maior poder aquisitivo apresentavam a sua disposição algumas possibilidades de substituição. Não obstante, a estética dos dentes substituídos apresentava maior importância do que devolver a oclusão e a mastigação (SCHMIDSEDER, 2000).

O desenvolvimento de técnicas e materiais restauradores favorece novas perspectivas que devem sempre ser atualizadas e discutidas. Dentro dessa visão, é indispensável o planejamento adequado e o conhecimento de novas técnicas por parte dos cirurgiões-dentistas. Planejamentos reabilitadores estéticos e funcionais precisam da integração de diversas áreas específicas da Odontologia (VIANA et al., 2012). Assim, olhar o paciente de forma integral dos indivíduos/família se torna mais fácil quando se somam os olhares diferentes dos profissionais que estão compondo as equipes multiprofissionais.

O trabalho em equipe tem por objetivo confrontar os diversos fatores que intervêm no processo saúde-doença. O trabalho multiprofissional pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos

sendo transformados para a influência na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Um aspecto importante que se manteve ao longo dos anos foi a dificuldade do trabalho de caráter interdisciplinar em equipe multiprofissional, gerada principalmente pela deficiência na formação acadêmica e profissional dos componentes desta, e também pela falta de perfil exigido para o exercício do atendimento integral e vinculado a uma população pré-definida territorialmente.

Contudo, o projeto interdisciplinar causa a necessidade da revisão do campo teórico-prático da disciplina profissional ao propor sua descentralização, tendo o sentido de expor os direitos referentes a conhecimentos compartilhados, ainda independentes à troca e à aproximação entre os saberes (SOUZA, 1999).

O objetivo deste trabalho foi executar a reabilitação provisória de estruturas dentárias perdidas ou comprometidas, na clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, e recuperar o bem-estar geral da paciente com o apoio dos cursos de Psicologia, Serviço Social e Nutrição da universidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Trabalho multiprofissional e interdisciplinar

Historicamente, o atendimento à saúde da população brasileira sempre se caracterizou por seu caráter curativo e imediatista, centrado na figura do médico, hospitalocêntrico e tutelado pela burocracia estatal, que determinava quem, como e onde seria atendido (se chegasse a sê-lo), quais as enfermidades seriam priorizadas e como seriam encaminhadas as questões pontuais em Saúde Pública, de forma basicamente vertical e autoritária (SANTOS; CUTOLO, 2003).

A constituição federal de 1988 trouxe um novo direcionamento para as políticas públicas de saúde, estabelecendo através dos princípios doutrinários e organizativos do SUS: universalidade, equidade, integralidade, regionalização, hierarquização, descentralização administrativa e participação popular (PEREIRA et al., 2003).

O Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família (PSF), com critérios bem definidos de atuação através de uma equipe multiprofissional, composta inicialmente por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, com dedicação em tempo integral, vinculada a uma população territorialmente bem definida e com ênfase na promoção e prevenção, em detrimento do curativo (MINISTERIO DA SAÚDE, 2000).

Um exemplo a ser dado foi na criação no PSF, onde ele representa um acréscimo salarial significativo e muitos profissionais se interessaram em fazer parte das equipes, sendo a sua grande maioria formada por profissionais recém-formados à espera de uma vaga na residência ou nas especializações. Alguns almejam por motivos de curiosidade, outros por caráter financeiro, a maior parte sem apresentar perfil adequado para exercer a função.

Um fator que influencia diretamente nesse tipo de situação, é, sem dúvida, a formação acadêmica tradicional que esses profissionais receberam durante seus cursos de graduação, baseados em modelos de saúde estáticos, com currículo rígido e pouco conectado com as reais necessidades da população (SANTOS; CUTOLO, 2003).

Percebe-se que a edição das novas Diretrizes Curriculares dos cursos da área da saúde pelo MEC em 2001 veio para tentar corrigir essas deficiências na formação dos profissionais de saúde, eliminando a ênfase nas especializações e procurando formar uma nova visão social: o profissional com formação generalista, direcionado primordialmente à atenção básica de saúde e capaz de resolver a maior parte dos problemas de uma população ainda carente do básico para sua sobrevivência (CONSELHO NACIONAL DA EDUCAÇÃO, 2003).

O momento é propício para a transformação do trabalho individual realizado pelas diversas profissões em um trabalho coletivo em saúde, de caráter interdisciplinar, o que poderá contribuir para uma redefinição dos rumos a serem tomados em relação à formação, à pesquisa e aos currículos de cada curso de saúde, procurando espaços possíveis de contato, visando uma troca de conhecimentos, técnicas e práticas que levem a um novo paradigma ético do trabalho em saúde (SANTOS; CUTOLO, 2003).

Algumas melhorias foram conseguidas na saúde bucal da população brasileira através da fluoretação das águas de abastecimento, mas apenas isso é pouco, pois num país tão grande e populoso como o Brasil, ainda depara-se com uma situação de saúde bucal caótica. Com apenas 6% de todos os brasileiros frequentando periodicamente o dentista, 30% só em caso de muita dor, 64% não indo e metade da população acima de 60 anos estando totalmente edêntula (SILVA, 2008).

2.2 Odontologia

2.2.1 Endodontia em dentes necrosados

Os profissionais lidam com três situações diárias na prática endodôntica, entre elas estão dentes com pulpite irreversível (biopulpectomia), com necrose e infecção pulpar (necropulpectomia) e casos de retratamento. O sucesso do tratamento endodôntico depende do conhecimento destas três condições. A diferença principal entre elas consiste no fato de que os casos de polpa necrosada e de retratamento são caracterizados pela presença de infecção, enquanto os de

polpas vitais são livres de infecção. Para que tenha sucesso nessas três condições, deve-se reconhecer que medidas terapêuticas diferenciadas devem ser utilizadas (FREITAS, 2012).

A reação periapical pode ser observada através da extensão apical dos agentes agressores pulpares. A infiltração de neutrófilos favorece a liquefação do tecido necrótico, pela ação conjunta da autólise e heterólise. A necrose de liquefação resulta da ação de enzimas hidrolíticas, bacterianas e endógenas (neutrófilos). Outra situação é quando ocorre o fenômeno de desnaturação proteica, dominando sobre a autólise, impedindo a dissolução total de células. O tecido pulpar perde água sem se decompor, demonstrando consistência firme, a partir da coagulação, caracterizando outra forma de necrose.

Posterior à necrose pulpar, o ambiente da cavidade pulpar torna-se propício e ideal aos fatores que influenciam o crescimento e colonização microbiana.

Estes fatores estão vinculados às agressões e às respostas, pois, relacionam-se com patogenicidade e virulência microbiana. Evidencia-se, desta maneira, a extensão dos processos inflamações e/ou infecciosos da polpa dentária aos tecidos periapicais (ESTRELA; FIGUEIREDO, 1999).

O teste de sensibilidade pulpar busca atingir os receptores nervosos sensitivos da polpa e, em casos de necrose, o paciente não apresenta resposta ao teste (FLORES et al., 2007).

Entretanto estas designações refletem as condições clínicas dessas diferentes patologias com suas distintas bases histológicas, que dificultam a limpeza dos canais. Com isso, pode-se presumir que a preparação de biomecânica desses canais radiculares podem produzir detritos e lama dentinária com características diferentes, indicando a necessidade de níveis de limpeza diferente. Este processo é também influenciado pela anatomia interna desses canais (SASAKI et al., 2003).

É importante ressaltar que o tratamento endodôntico por si só leva a uma perda de resistência do dente em torno de 5%, quando comparado com um preparo cavitário do tipo mesioclusodistal, com perda aproximada de 63%. Quantidade e qualidade de estrutura dentária remanescente, saúde dos tecidos de suporte, adaptação clínica, além de um diagnóstico prévio e um ajuste oclusal são fatores que definem a longevidade dos procedimentos restauradores (SCOTTI, FERRARI, 2003).

Mesmo nas necroses assépticas, a decomposição do tecido pulpar gera produtos com potencial de agressão aos tecidos periapicais. A necrose da polpa acontece na maior parte das vezes, da ação das bactérias, resultando um conteúdo infectado e tóxico no interior da cavidade pulpar.

Os procedimentos restauradores baseiam-se em vários princípios mecânicos interligados com a oclusão, o periodonto e o complexo dentinopulpar (SÓ, 2007).

Dessa forma, o instrumento explorador é inserido na extensão do canal radicular, funcionando como um êmbolo, indo em direção ao terço apical ou extrusando para os tecidos periapicais, o conteúdo contaminado do canal. É necessário diminuir esse conteúdo agressivo.

Entretanto, essa neutralização pode ser feita com uma técnica imediata, conhecida também como penetração desinfectante, onde se tem uma redução de microorganismos, fazendo uso da solução de hipoclorito de sódio e de instrumento. (SOARES; GOLDEBERG, 2001).

As radiografias, especialmente as periapicais, podem permitir a avaliação de estruturas que não são visíveis em endodontia, quanto para o tratamento endodôntico propriamente dito (SÓ, 2007).

2.2.2 Adequação de meio

Muitos profissionais da área da odontologia interpretam de forma errada o que significa educar o paciente (MIRANDA; MIRANDA, 1984).

É importante saber da importância da adequação de meio, é preciso entender que a cárie é uma doença infecciosa e multifatorial, onde lesões cáries, infectadas ou não mostram a presença dessa enfermidade num determinado período de vida do indivíduo.

Os sinais de cárie podem ser classificados desde o início da perda mineral no nível estrutural até a destruição total do dente. Ocorre em função de haver um desequilíbrio no processo Demineralização-Remineralização (DES-RE), com predomínio de desmineralização. O DES-RE, depende do hábito de higiene do paciente e alimentação e também da quantidade de flúor disponíveis no fluido da placa bacteriana, ele pode ser alterado e tender a remineralização. É necessário

diagnosticar em relação à doença cárie, seus sinais e sua atividade (BARATIERI et al., 2001).

Antes de tudo, precisamos fazer uma educação do paciente, informá-lo a respeito da técnica de escovação e do uso do fio dental, precisamos garantir que o paciente adquira uma nova postura frente ao seu problema bucal (MIRANDA; MIRANDA, 1984).

Entretanto, as medidas adotadas na fase de adequação do meio variam muito, precisamos assim, tomar algumas medidas como: conscientização do paciente, ou responsável, a respeito da cárie, salientando que é uma doença infecciosa e multifatorial, conscientizar que se a doença não for tratada o dente será destruído; salientar a necessidade do controle de fatores etiológicos; implementar medidas como escovação, uso do fio dental e limpeza profissional para controle da placa bacteriana; explicar sobre o consumo indiscriminados de carboidratos fermentáveis e a relação dele com a cárie, ressaltar a importância do flúor e água fluoretada e remoção de fatores ou nichos que favorecem o acúmulo de placa (BARATIERI et al., 2001).

Em pacientes que se submeterão a uma reabilitação bucal provisória, há detalhes que precisa-se salientar para que o paciente não esqueça. Tais pacientes tem uma história de passagem por muitos consultórios, trazem consigo frustrações e tratamentos nem sempre bem sucedidos.

Sendo assim, o profissional traz ao paciente muitas informações, mostrando seus problemas bucais, apresentando assim alternativas para solucioná-los, mas sendo incisivo quanto a sua responsabilidade na manutenção do tratamento (MIRANDA; MIRANDA, 1984).

Cada paciente necessita de um plano de tratamento individualizado, e muitas situações servem para definir este plano, como hábitos de higiene, hábitos alimentares, capacidade física e motora do paciente em remover o biofilme bacteriano, comprometimento sistêmico ou mental, comprometimento local das estruturas dentárias e gengivais, o tipo de reabilitação e os materiais que foram utilizados (CARRANZA, 2007).

Portanto, para que o resultado seja satisfatório e haja melhora na qualidade de vida do paciente é preciso que tenha uma boa relação entre profissional e paciente, para que após possíveis intercorrências, medidas terapêuticas sejam imediatamente tomadas (OLIVEIRA et al., 2004).

2.2.3 Resina composta

O aparecimento de resina composta apresentou um grande avanço na dentística restauradora. Com o surgimento recente dos cimentos ionoméricos e de resinas que apresentam uma união forte com esmalte e dentina, as técnicas restauradoras foram sendo aperfeiçoadas (BARTIERI et al., 2011).

Segundo Mendonça et al. (2010), a comparação entre resinas compostas em restaurações diretas (Tetric Ceram) e inlays indiretos (Targis), as restaurações diretas obtiveram melhor desempenho no quesito integridade marginal, mas todas as restaurações foram consideradas aceitáveis.

Em dentes fraturados, a possibilidade de restaurá-los com resina composta, de forma direta, deve ser sempre considerada, pois tem menor custo se comparado a técnicas indiretas e com menor perda de estrutura dentária (CONCEIÇÃO, 2007).

De acordo com o processo evolutivo dos sistemas restauradores com propriedades mecânicas e estéticas cada vez melhores, têm-se a possibilidade de novas alternativas para uma reabilitação estética e funcional. Profissionais capacitados a realizar planejamentos dirigidos a uma visão multidisciplinar conseguem obter resultados satisfatórios para ambos os requisitos: saúde, função e estética (GOYATÁ et al., 2008).

A confecção de uma coroa unitária de resina composta demonstrou ser uma técnica viável financeiramente, de fácil confecção e estética razoável. Seguindo as etapas da confecção da peça restauradora sem erros: preparo, moldagem, obtenção do troquel, modelos de trabalho, fabricação da peça com sobrepolimerização, ajuste, oclusão e polimerização com cimento resinoso, onde a peça foi aprovada estética e funcionalmente. Este tratamento constitui-se de uma opção para pacientes que não podem optar por trabalhos protéticos convencionais devido a dificuldades financeiras (MANFIO et al., 2006).

Com toda tecnologia associada aos materiais, aliada a boas técnicas de trabalho tem possibilitado que sejam realizados tratamentos restauradores que agradem o paciente. Restaurações anteriores diretas tem sido cada vez mais a opção de escolha dos profissionais, isso se dá ao fato de estarem surgindo resinas compostas e sistemas adesivos, com uma alta capacidade de união a dentina e ao esmalte, não sendo mais necessário realizar desgastes extensos a superfícies do

dente quando estamos a procura de estética (SCHAFER et al., 2005; MARCON et al., 2006; MÜLLER; MONTENEGRO, 2012).

Izgi e Ayna (2005), Marcon et al. (2006), Netto e Reis (2011), citam que a resina composta e os sistemas adesivos passaram por grandes renovações tecnológicas, tornando-se o material eleito na grande maioria dos casos.

Restaurações em dentes anteriores fraturados são capazes de modificar a autoestima e resultar em sorrisos mais amplos e naturais (MAURO; BROGINI; SUNDFELD, 2003).

A técnica restauradora mais confiável, previsível e frequentemente utilizada em restaurações de classe IV é a técnica adesiva direta com resina composta (JORDAN, 2001).

2.2.4 Prótese Parcial Provisória

O termo provisório tem a ideia que a restauração é temporária no aguardo da prótese permanente, de fato, muitas vezes essa é a razão da sua confecção.

Dentre as vantagens da prótese parcial imediata está a estética, fonética, biológica, psíquica e cirúrgicas, devido ao paciente não ficar desdentado. A vantagem cirúrgica se manifesta com proteção da ferida cirúrgica com a própria prótese, evitando hemorragia, trauma, infecção e agressões bucais, além de favorecer a rapidez na cura e na reparação óssea, diminuindo a dor pós-operatória (LIMONTA et al., 2006).

A prótese dentária, desde seu surgimento, alcançou êxito no tratamento de pacientes com dentes ausentes, ou naturais parcialmente destruídos. Com o objetivo voltado para as vantagens estéticas e funcionais da prótese, deve-se levar em conta que a proteção e conservação dos tecidos remanescentes são o ponto básico para alcançar o sucesso das reabilitações protéticas (GENOVESE et al., 1981).

Essas próteses se diferem das convencionais no que se refere ao estado da área chapeável, sobre as quais elas são confeccionadas, e também sobre os modelos obtidos. Nas próteses convencionais aguardam-se alguns meses após as extrações para a confecção da prótese, assim que o rebordo alveolar esteja totalmente cicatrizado, ao contrário das imediatas que são colocadas logo após

feitas as extrações dos remanescentes dentais e sobre a ferida cirúrgica, tratando então de um tratamento cirúrgico-protético (TAMAKI, 1988).

A prótese imediata é um dos métodos de reabilitação para pacientes que possuem a indicação de extrações de múltiplos dentes. Ela é confeccionada antes da remoção dos dentes remanescentes e instalada imediatamente após a retirada dos mesmos (WOLOCH; FOREST HILLS, 1998).

Deve ser orientado ao paciente quanto a higienização, pois se o paciente já é portador de doença periodontal a prótese parcial acrílica irá agravar essa doença (ASKAR; VIEIRA; BONACHELA, 1999).

Dentes sem suporte tendem a migrar ou ainda extruir. A distorção de fidelidade de relação com modelo mestre é inevitável. Os ajustes são maiores e preferivelmente a oclusão fica comprometida, assim como sua qualidade, a prótese fica comprometida.

O paciente deve ser estimulado a manter a higienização. Os cuidados a cada consulta compreendem três etapas: a primeira parte envolve a avaliação da saúde do paciente, a segunda inclui o tratamento necessário para a manutenção e o esforço da higienização, e a terceira deverá ser reservada a marcação da próxima consulta. O profissional deverá notar mudanças e estimular o paciente a se esforçar para manter sua saúde bucal (CARRANZA, 2007).

A confecção de próteses parciais removíveis provisórias é de grande relevância no tratamento reabilitador, visando a adaptação do paciente a uma nova condição oclusal, favorecendo assim, o sucesso do mesmo. Entretanto, é crítico quando a dimensão vertical de oclusão estiver alterada, nessas situações a prótese provisória de recobrimento oclusal pode ser um aliado importante para se alcançar um bom resultado (SILVA et al., 2011).

Alterações da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) são frequentes nos pacientes procurando atendimento protético. Em alguns casos, os profissionais executam a reabilitação através de reposição aleatória dos dentes ausentes, não se preocupando com a condição altamente comprometida dos músculos, ligamentos, elementos dentários, periodonto e articulações temporomandibulares geralmente presentes. Com o passar do tempo ocorre uma desorganização no sistema estomatognático, resultando em iatrogenias tornando mais difícil de resolver o caso ou até mesmo tornando irreversível a condição do paciente (BARBOSA; ARANA; BOURREAU, 2000).

É de crucial importância que tanto o guia canina como a guia anterior sejam estabelecidos em todo tratamento reabilitador. A proteção recíproca entre os segmentos posterior e anterior da cavidade bucal é o elemento de equilíbrio para todo o complexo oclusal. Qualquer alteração nesse mecanismo de proteção resulta em inúmeros prejuízos, como o colapso oclusal, levando a uma sobrecarga das forças mastigatórias nos dentes anteriores provocando reações como desgaste da estrutura dentária reabsorções, fraturas coronárias e/ou radiculares o que pode necessitar restauração. Estabelecer a oclusão de pacientes parcialmente desdentados, torna-se mais complexo à medida que o espaço protético aumenta, sendo que a ausência dos dentes posteriores pode causar alterações significativas na DVO (SILVA et al., 2011).

É de extrema importância determinar as expectativas do paciente com relação ao tratamento e, caso esses anseios sejam maiores do que resultado esperado o paciente deve ser instruído pelo cirurgião-dentista, no decorrer das consultas clínicas, para compreender as limitações do aparelho (SEAL et al., 1996).

Apenas o fator estético já justifica a indicação da prótese imediata, quando se tem a necessidade de extração (WALBER, 1990).

As indicações para esse aparelho reabilitador estão na dependência da idade e estado geral de saúde, além das condições psicológicas favoráveis do paciente. Está indicada quando houver periondontopatias em estado muito avançado e em pacientes que ainda possuem dentes ou próteses, que completem o arco dental e que necessitam de uma prótese total (WALBER, 1990; TURANO; TURANO, 2000).

A principal diferença entre a prótese total imediata e a prótese convencional está relacionada ao estado da área basal onde a mesma é confeccionada. A prótese imediata deixa de ser apenas um procedimento clínico laboratorial e passa a incluir um procedimento cirúrgico também.

Na indicação desta prótese, acrescentava-se que a mesma contribui para proteção da articulação, têmporo-mandibular, da mesma maneira que as próteses convencionais (MELLO et al., 2007).

Apesar da prótese imediata se apresentar como uma boa e satisfatória alternativa para tratamento de casos terminais, se for possível manter alguns dentes, devemos dar preferência a outras formas de resolução do caso (MARCHINI et al., 1998).

2.2.5 Estética em dentes anteriores

Os conceitos de estética vão além do que se considera impressionar ou achar bonito, portanto, ao julgar algo como sendo belo devem-se levar muitos fatores em consideração como: psicológicos, sociais, culturais, étnicos, etários, bem como aspectos individuais e o fator de tempo. Sendo assim, a realização de tratamentos envolvendo a estética necessita de cuidados que envolvam esses fatores para que se possam atingir resultados na autoestima do indivíduo e para o convívio social, profissional e cultural onde ele está inserido (MARINHO et al., 2011).

Nota-se que o ser humano buscou estabelecer padrões ideais de harmonia e beleza desde antigamente. Isto tem perseverado atualmente, tendo em vista que a sociedade valoriza e trata de maneira diferente pessoas que apresentam boa estética (PAGANI; BOTTINO, 2003).

Contudo a realização de procedimentos restauradores que busquem resultados estéticos, tem sido, cada vez mais, solicitada pelos pacientes. Isso se deve a um reflexo certamente da ação da mídia que associa o belo a um referencial de saúde e de sucesso (CONCEIÇÃO et al., 2007).

A transformação estética dentofacial necessita da elaboração de um correto planejamento, que associe a expectativa do paciente e sua condição financeira, aliada a uma boa técnica restauradora. A realização de uma restauração bem executada, em que os resultados planejados são obtidos de forma correta, proporciona ao paciente, além da melhora estética, autoestima, interferindo no seu convívio familiar e na sociedade (MARCON et al., 2006; MENEZES FILHO et al., 2006).

A Odontologia estética tem sofrido significativo avanço nos últimos anos devido ao desenvolvimento de materiais restauradores e dos procedimentos adesivos que cada vez mais procuram reproduzir com naturalidade as estruturas dentais. Reproduzir as características dos dentes naturais, como cor e forma sempre foram objetivos dos materiais e técnicas restauradoras (HIRATA; AMPESSAN; LIU, 2001).

Restaurações em dentes anteriores são vistas como sucesso, quando além da estética obtida, os princípios mecânicos, biológicos e funcionais são observados. A análise estética dos dentes devem abranger aspectos desde os traços faciais até

características morfológicas dentárias. Cor, forma, textura e brilho são fundamentais na busca por um sorriso harmonioso (NETO; REIS, 2011).

Um dos seus mais importantes encargos é a criação de harmoniosa proporção entre a largura dos dentes anterossuperiores quando são restaurados ou substituídos (MAHSHID et al., 2004).

É de grande importância que o profissional que irá executar a técnica possua um grande conhecimento teórico, aliado a experiência clínica.

O conhecimento clínico em princípios artísticos como proporção áurea, a resina utilizada e o domínio da técnica, estão intimamente ligados à longevidade das restaurações estéticas (MACHADO et al., 2004; MARCON et al., 2006; VASCONCELLOS et al., 2006).

A seleção da técnica restauradora a ser utilizada está relacionada com a integridade da face vestibular, o posicionamento do dente no arco e a forma dental. Pode-se optar por duas técnicas, a técnica direta, realizada a mão livre, sendo essa a mais usada. A outra é utilizada a matriz que deverá ser confeccionada previamente ao preparo (BARATIERI, 2001; CONCEIÇÃO, 2007).

2.3 Nutrição

A educação nutricional tem um papel importante em relação à promoção da saúde como um todo, e hábitos alimentares saudáveis são essenciais para a prevenção e o controle de doenças crônicas não transmissíveis, cuja prevalência vem aumentando significativamente. A Nutrição em Saúde Pública sistematiza programas com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da população e diminuir problemas sociais, proporcionando assistência alimentar (TRICHES; GIUGLIANI, 2005).

Os dados mensurados das populações são de importância na identificação de grupos que necessitam de intervenção nutricional, na avaliação de respostas a uma intervenção, no estabelecimento de fatores determinantes de baixo peso e sobrepeso e como instrumento de vigilância nutricional, possibilitando também o intermédio adequado do modo a auxiliar na recuperação e/ou na manutenção do estado de saúde do indivíduo (CERVI; FRANCESCHINI, 2005).

Os cirurgiões-dentistas estão assumindo condição expressivas na sociedade, no sentido de atuar como agentes, provocadores e promotores de mudanças no âmbito da saúde oral. Os acadêmicos e cirurgiões-dentistas podem associar-se aos professores e/ou aos técnicos em geral para desenvolver produtiva educação, orientação e motivação dos alunos, com intuito de prevenir a incidência das doenças periodontais e cárie (GARCIA et al., 2008).

Segundo Pereira et al. (1999), o declínio especialmente da cárie dental, que se tornou aceito internacionalmente no início da década de 1980, foi reconhecido também em âmbito nacional a partir do fim da década de 90.

No entanto, essa diminuição da prevalência da cárie dental foi associada ao controle da placa bacteriana, que é o acúmulo de bactérias da flora bucal sobre a superfície dos dentes, e a alterações no diagnóstico, o qual é, por excelência, a chave de um tratamento (FEJERSKOV; KIDD, 2005).

Uma deficiência nutricional pode dificultar a cicatrização, pois deprime o sistema imune e diminui a qualidade e a síntese de tecido de reparação. As carências de proteínas e de vitamina C são as mais importantes, pois afetam diretamente a síntese de colágeno. A vitamina A contrabalança os efeitos dos corticóides que inibem a contração da ferida e a proliferação de fibroblastos. A vitamina B aumenta o número de fibroblastos. A vitamina D facilita a absorção de cálcio e a E é um co-fator na síntese do colágeno, melhora a resistência da cicatriz e destrói radicais livres. O zinco é um co-fator de mais de 200 metaloenzimas envolvidas no crescimento celular e na síntese protéica, sendo, portanto, indispensável para a reparação dos tecidos (TAZIMA et al., 2008).

2.4 Serviço social

A realização de um trabalho que permite compreender o sujeito em sua integralidade requer um olhar humanizado. Não basta identificar e atuar sobre questões pontuais. Há que se perceber o sujeito em meio ao contexto em que ele está inserido e de que forma as diversas expressões da questão social influenciam em sua trajetória.

Nessa perspectiva o trabalho de um profissional do Serviço Social, em uma equipe interdisciplinar, está fundamentado na identificação de demandas resultantes

da construção de um diagnóstico para a elaboração de um plano de atendimento, que envolva a articulação das áreas e a utilização de todos os instrumentos e abordagens disponíveis para garantir os direitos do sujeito atendido e a melhoria das condições e do modo de vida.

Penso a interdisciplinaridade, inicialmente, como postura profissional que permite se pôr a transitar o “espaço da diferença” com sentido de busca, de desenvolvimento da pluralidade de ângulos que um determinado objeto investigado é capaz de proporcionar, que uma determinada realidade é capaz de gerar, que diferentes formas de abordar o real podem trazer.

A coesão em um trabalho interdisciplinar está na conduta dos profissionais, no modo como compartilham seus conhecimentos específicos para encontrar caminhos compatíveis com as necessidades demandadas pelo sujeito. Reflexão e flexibilidade, aceitar a divergência como parte do processo para alcançar resultados, é essencial para que todos os profissionais envolvidos contribuam e interajam. Facilitar esse processo através da articulação dos saberes é umas das atribuições do Serviço Social em um trabalho dessa natureza (RODRIGUES, 1998).

2.5 Psicologia

Nota-se que enquanto a psicologia cultural tem começado a focar a natureza entrelaçada entre cognição e cultura em psicopatologia, existem esforços similares e igualmente importantes sendo feitos, para entender processos culturais em emoções normais e patológicos (JENKINS, 1996).

A psicologia cultural e outros esforços interdisciplinares afastam-se do individualismo e ultrapassam abordagens cognitivas de desordens psicológicas, está sendo criado espaço para relatos inovadores de psicopatologia. Essas abordagens enfatizam os aspectos linguísticos, simbólicos e de performance da ação comunicativa e os meios nos quais estes se degeneram em desordem psicológicas (MOREIRA; SLOAN, 2002).

Nenhuma emoção seja raiva, tristeza, vergonha ou nojo, ocorre sem que seus componentes fisiológicos, bem como os psicológicos, entrem em jogo.

O conceito de desordem psicológica e psicopatologia estão também sob revisão, na medida em que os contextos socioculturais nos quais esses conceitos

são impregnado estão sendo levados em conta. Como resultado, as avaliações sobre o que é normal e o que é patológico são cada vez mais relativizadas (WAKEFIELD, 1992).

Em psicologia, o estudo do fenômeno da resiliência é relativamente recente. Vem sendo pesquisado há cerca de trinta anos, mas apenas nos últimos cinco anos os encontros internacionais têm trazido este assunto para discussão. Sua definição não é clara, tampouco precisa quanto na física ou na engenharia, e nem poderia sê-lo, haja vista a complexidade e multiplicidade de fatores e variáveis que devem ser levados em conta no estudo dos fenômenos humanos.

Um dos pioneiros no estudo da resiliência no campo da psicologia, invulnerabilidade passa uma ideia resistência absoluta ao estresse, de uma característica imutável, como se fôssemos intocáveis e sem limites para suportar o sofrimento (RUTTER, 1993).

2.6 Tipo de estudo

O estudo será do tipo Estudo de Caso, no qual o paciente será selecionado na Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC.

2.7 Seleção do material bibliográfico

Os artigos foram encontrados nas seguintes bases de dados:

- Portal de Periódicos Capes
- PUBMED: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>>
- SCIELO: <<http://www.scielo.org/php/index.php>>
- LILACS: <<http://www.pubmed.com>>

As palavras-chave pesquisadas foram: multiprofissional, interdisciplinar, reabilitação bucal. Além disso, os idiomas dos artigos pesquisados foram português, espanhol e inglês. As referências incluem o período de 1981 até 2015.

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 31 anos de idade, apresentou-se no projeto de Estética e Cosmetologia “Reabilitando sorrisos em busca de uma melhor qualidade de vida da população” na Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, na data de 06/10/2014, em busca de uma melhora estética e funcional de sua condição bucal.

Na primeira consulta o caso foi avaliado pelo professor coordenador do projeto juntamente com o professor de prótese. Mediante exame clínico e radiográfico, diagnosticou-se que o paciente possuía diminuição de sua dimensão vertical de oclusão original; restos radiculares 15, 16, 17, 24, 25, 26, 35, 36, 37, 45, 46, 48; o dente 11 e 21 apresentavam-se colado com cianoacrilato pela paciente; os dentes 13, 23, 31, 32, 33, 34, 41, 42, apresentava-se amplamente destruídos, o dente 21 e 32 estavam com tratamento endodôntico insatisfatório, necessitando de retratamento de canal. Além disso, a paciente relatou dificuldades no relacionamento familiar, mostrando problemas de ordem psicológica como tentativa de suicídio. Na anamnese observou-se também distúrbios alimentares, a paciente relatou ter anemia.

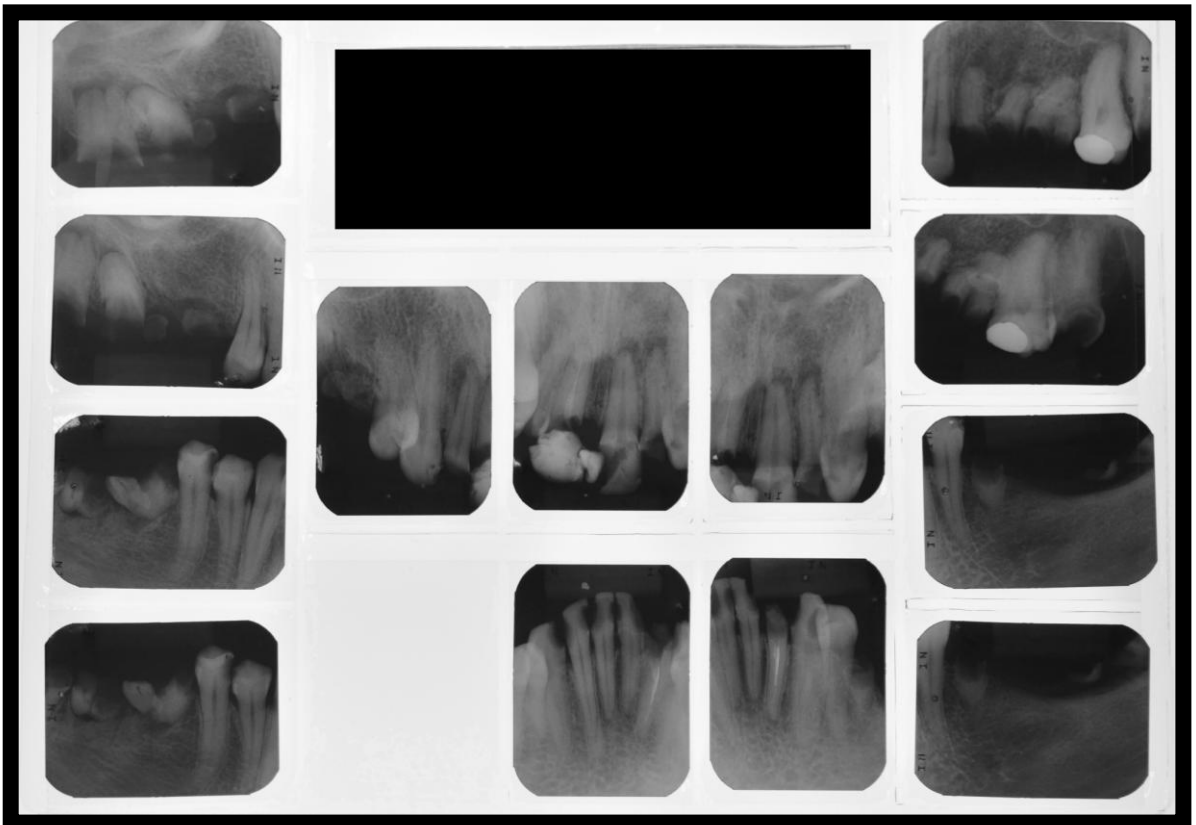
Para um refinamento diagnóstico foram executadas moldagens para confecção de modelos de estudo e levantamento radiográfico. Foram realizados tomada radiográfica panorâmica e levantamento periapical completo (FOTOGRAFIAS 1 e 2).

FOTOGRAFIA 1 – Radiografia panorâmica inicial



Fonte: Acervo do Curso de Odontologia da UNISC.

FOTOGRAFIA 2 – Radiografias periapicais iniciais



Fonte: Acervo do Curso de Odontologia da UNISC.

Este projeto é constituído por um espaço no qual se busca o atendimento de pessoas com necessidade de tratamento estético e cosmético odontológico, pacientes com necessidade de tratamento ou retratamento endodôntico e necessidades de restaurações de dentes com ampla destruição coronária, sendo que esses três temas são divididos em três apêndices separados fisicamente, porém integrados quando da necessidade de tratamento para os pacientes.

No projeto, durante a anamnese, a paciente chegou com queixa que não conseguia comer e que não podia sorrir, pois riam dela, os dentes 11 e 21 eram colados por ela mesma em casa. A paciente apresentava mal hálito e queixava-se de dores no estomago constantes, e por isso havia procurado atendimento médico onde havia recebido uma medicação antibiótica e direcionada a procurar atendimento odontológico.

Ao fazer o exame clínico foi identificado diversos restos radiculares dos dentes superiores e inferiores (15, 16, 17, 25, 25, 26, 35, 36, 37, 45, 46, 48) os quais deveriam ser extraídos. Nos primeiros atendimentos, ela vinha com suas roupas sujas e com uma má higiene bucal e geral, odor desagradável.

Foram identificados também necessidade de endodontia nos dentes inferiores e superiores (31, 32, 41, 42, 11, 12, 21, 22,).

Foram diagnosticadas lesões cariosas nos dentes (11, 12, 13, 21, 22, 23, 31, 32, 33, 41, 42, 43) que comprometiam a estética dento-facial. Os dentes superior direito e esquerdo (11 e 21) estavam colados com cianoacrilato, nesses dentes foram feitos na primeira sessão a limpeza dos condutos radiculares e a confecção de um provisório para o dente (11). A paciente apresentava fistula que vinham desses dois dentes.

Optou-se por dar ênfase aos tratamentos de canais e tratamentos estéticos e na confecção de uma prótese provisória.

Para devolver a harmonia do sorriso à paciente, restabelecer saúde bucal, após análise criteriosa e planejamento, levando em consideração aspectos como condições financeiras, idade da paciente e estruturas remanescentes, optou-se pela realização do tratamento restaurador pela técnica direta, tratamento endodôntico e confecção de uma prótese parcial acrílica. As imagens fotográficas intra e extra bucal foram realizadas com câmera fotográfica Nikon D90 (FOTOGRAFIAS 3, 4 e 5).

FOTOGRAFIA 3 – Aspecto clínico inicial – vista frontal vestibular



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

FOTOGRAFIA 4 – Aspecto clínico inicial – vista oclusal



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

FOTOGRAFIA 5 – Aspecto clínico inicial – vista frontal

Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

Para que a documentação do caso clínico fosse efetivada a paciente assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO D).

A fim de iniciar o planejamento do tratamento do caso clínico, primeiramente se realizou uma moldagem preliminar das arcadas superior e inferior com alginato de presa rápida Jeltrate® Plus (Dentsply – Petrópolis, RJ). As moldeiras escolhidas foram de estoque em metal do tipo Vernes (Tecnodont – São Paulo, SP) do tamanho de número três. Posteriormente confeccionaram-se os modelos de estudo em gesso tipo III (pedra) Herodent® (Vigodent– Rio de Janeiro, RJ) para melhor diagnóstico, estudo do caso e confecção do plano de tratamento (FOTOGRAFIAS 6 e 7).

FOTOGRAFIA 6 – Modelo de estudo superior



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

FOTOGRAFIA 7 – Modelo de estudo inferior



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

Primeiramente, foi feita a adequação de meio, pois havia muito foco de contaminação. Para reduzir o tempo de tratamento a paciente foi conduzida em horários diferentes de atendimentos paralelamente ao projeto com a mesma acadêmica. Deu-se início na disciplina de cirurgia I, onde a acadêmica foi orientada pelo professor responsável pela disciplina. Em todas as sessões eram empregados o uso de Equipamento de Proteção Individual Completo, composto por luvas de látex de procedimentos (Super Max®, Curitiba), gorro e máscara (Fava®, São Paulo) e óculos de proteção. Também era feito a antissepsia bucal através do bochecho com solução de clorexidine a 0,12%.

Foram extraídos os restos radiculares em quatro sessões; Na primeira sessão foram extraídos os elementos 35, 36, 37. Para isso foi anestesiado o nervo alveolar inferior do lado esquerdo e o nervo bucal.

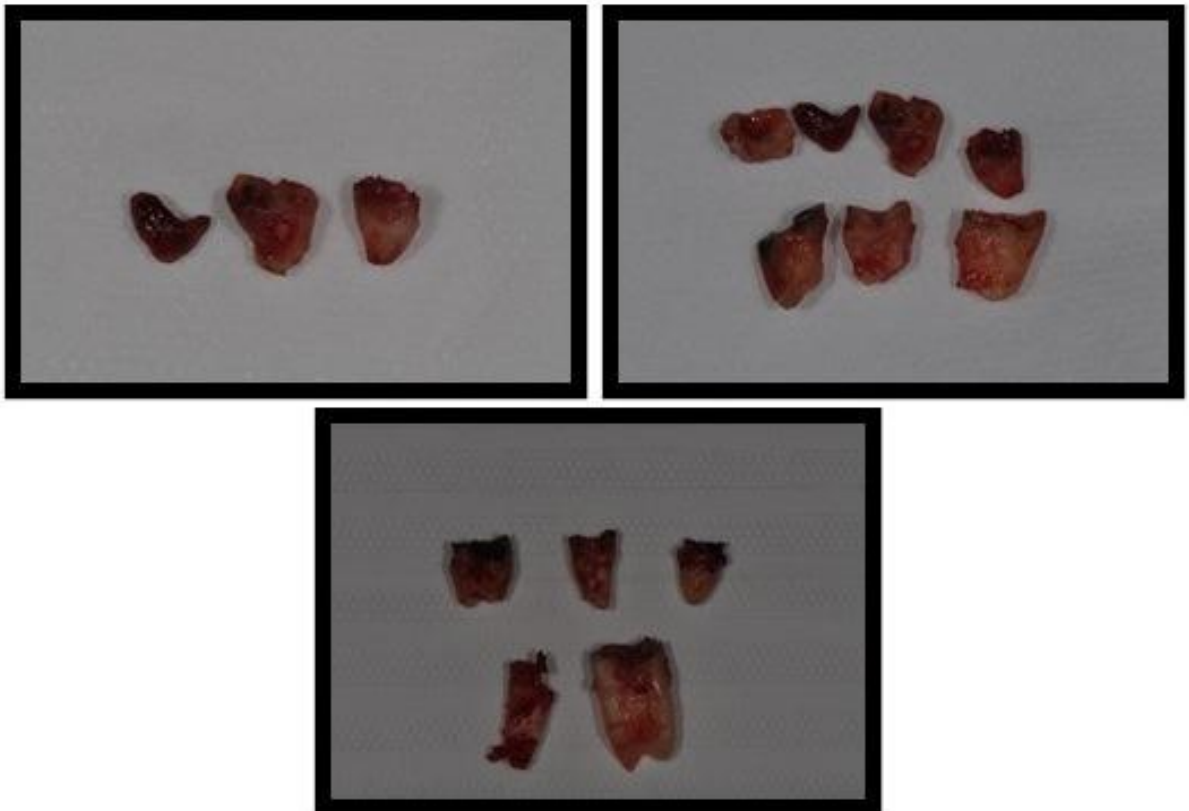
Com um sindesmótomo (Golgran®, São Paulo) será feito o descolamento das papilas e do tecido gengival presente ao redor dos dentes a serem extraídos, em seguida, com uma alavanca reta (Golgran®, São Paulo) será feito o luxamento dos elementos. Após, utilizando um fórceps 151 (Golgran®, São Paulo) o dente 35, 36, 37 serão removidos de seus respectivos alvéolos e, com o fórceps 17 (Golgran®, São Paulo), os restos radiculares serão retirados dos alvéolos. Os alvéolos dentários foram irrigados com soro fisiológico e curetados (Lucas 85 Gongran®, São Paulo). Em seguida foi realizado uma sutura simples em cada alvéolo dentário com o fio agulhado de Nylon (Procare®, São Paulo). Por fim, recomendações pós-operatórias foram feitas e uma prescrição de analgésico, Paracetamol 750 mg de 6/6 horas, uma cartela. A paciente foi orientada quanto ao dia que deveria voltar para tirar as suturas e quanto a alimentação que deveria ter para que a cicatrização ocorresse de forma correta. Na semana seguinte ao comparecer a Universidade na mesma disciplina de cirurgia para fazer a remoção das suturas, a paciente havia retirado a mesma em casa, e os alvéolos estavam inflamados e sugerindo uma alveolite, o alvéolo foi irrigado com soro fisiológico, foi provocado o sangramento e foi usado um medicamento no interior do alvéolo e suturado novamente. Na mesma consulta se viu a necessidade de reforçar quanto a higienização e que não deveria tirar as suturas e deveria ter uma alimentação adequada para que o processo de cicatrização ocorresse. Nessa consulta o plano de tratamento foi alterado, visto que não era possível fazer as extrações propostas naquele dia.

Na semana seguinte a paciente compareceu na mesma disciplina e os alvéolos ainda não haviam sido cicatrizados, perguntado sobre sua alimentação, a paciente relatou não se alimentar e quando comia eram alimentos industrializados, relatou que ela e as filhas tinham anemia pela alimentação precária. Sendo assim, orientamos a paciente quando a necessidade de ela ter uma alimentação regular e adequada para que houvesse o processo de cicatrização. Nas semanas que se seguiram foram feitas as extrações dos dentes 45, 46, 48. Foi anestesiado o nervo alveolar inferior do lado direito e o nervo bucal do lado direito. Com um sindesmótomo (Golgran®, São Paulo) foi feito o descolamento das papilas e do tecido gengival presente ao redor dos dentes a serem extraídos, em seguida, com uma alavanca reta (Golgran®, São Paulo) será feito o luxamento dos elementos, após foi utilizado um fórceps 151 (Golgran®, São Paulo) os dentes 45, 46 e 48 foram removidos de seus respectivos alvéolos e, com o fórceps 17 (Golgran®, São Paulo), os restos radiculares dos 44, 46, 48 serão retirados dos alvéolos. Os alvéolos dentários foram irrigados com soro fisiológico e curetados com a cureta Lucas 85 (Gongran®, São Paulo). A cada dois dias a paciente retornava a universidade para que fosse acompanhado o processo de cicatrização do seu dente. No atendimento que se seguiu, foi feito a remoção das suturas, assim como nas extrações anteriores, os alvéolos não estavam bem cicatrizados. A paciente foi encaminhada para acompanhamento com uma estudante de nutrição (ANEXO A).

Na semana seguinte, começou a ser feita a extração dos restos radiculares dos dentes superiores. O nervo alveolar superior do lado esquerdo foi anestesiado, assim como uma anestesia infiltrativa por palatino nos respectivos dentes a serem extraídos. Com um sindesmótomo (Golgran®, São Paulo) foi feito o descolamento das papilas e do tecido gengival presente ao redor dos dentes a serem extraídos, em seguida, com uma alavanca reta (Golgran®, São Paulo) foi feito o luxamento dos elementos. Após, utilizando um fórceps 151 (Golgran®, São Paulo) os dentes 24, 25, 26 foram removidos de seus respectivos alvéolos e, com o fórceps 17 (Golgran®, São Paulo), os dentes foram retirados. Os alvéolos dentários foram irrigados com soro fisiológico e curetados com cureta Lucas 85 (Gongran®, São Paulo). Em seguida foi realizado uma sutura simples em cada alveolo dentário com o fio agulhado de Nylon (Procure ®, São Paulo). Foram feitas as mesmas recomendações pós-operatórias das extrações anteriores e a mesma prescrição medicamentosa. As recomendações eram enfatizadas em cada sessão para que a

paciente não cometesse o mesmo erro de tirar as suturas. Na semana seguinte foram feitas a remoção da sutura e os alvéolos estavam melhor cicatrizados. Na semana que sucedeu as remoções da sutura, foi feita a última cirurgia, fazendo a remoção dos restos radiculares dos dentes 15, 16, 17. Foi anestesiado o nervo alveolar superior do lado direito. Com um sindesmótomo (Golgran®, São Paulo) foi feito o descolamento das papilas e do tecido gengival presente ao redor dos dentes a serem extraídos, em seguida, com uma alavanca reta (Golgran®, São Paulo) foi feito o luxamento dos elementos. Após, utilizando um fórceps 150 (Golgran®, São Paulo) os dentes 15, 16 e 17 foram removidos de seus respectivos alvéolos e, com o fórceps 17 (Golgran®, São Paulo), os dentes foram retirados. Os alvéolos dentários foram irrigados com soro fisiológico. Em seguida foi realizado uma sutura simples em cada alveolo dentário com o fio agulhado de Nylon (Procare®, São Paulo). Por fim, recomendações pós-operatórias foram feitas e uma prescrição de analgésico. Todas as extrações tiveram acompanhamento pós operatório dois dias depois da cirurgia feita (FOTOGRAFIAS 8, 9 e 10).

FOTOGRAFIAS 8, 9, 10 – Dentes extraídos



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

Após as extrações terem sido feitas, foi continuada a adequação de meio, foi removida tecido cariado dos dentes 11, 12, 13, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42 43, 44. Os dentes que já estavam com canal expostos (11, 12, 21, 22) foram colocados Tricresol Formalina (SS WHITE, Rio de Janeiro) e um algodão. Todos os dentes foram selados com cimento de ionômero de vidro (MAXXION R, São Paulo) para que houvesse a estagnação da lesão cariada, através da liberação de flúor. Foi confeccionado um dente provisório para o dente 11 (FOTOGRAFIAS 11 e 12).

FOTOGRAFIA 11 – Vista frontal – adequação de meio



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

FOTOGRAFIA 12 – Vista oclusal da arcada inferior – dentes selados com cimento de ionômero de vidro



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

A partir de então foi eleito um novo tratamento dentário, com função reabilitadora.

3.1 Tratamento endodôntico de dentes necrosados

Os dentes 11 e 21 apresentavam fistulas, por isso iniciou-se os tratamentos endodônticos por esses dentes.

Optou-se inicialmente por realizar o tratamento endodôntico do incisivo central superior direito (11) e depois pelo esquerdo (21) (FOTOGRAFIAS 13, 14 e 15). Foi realizado isolamento absoluto com lençol de borracha (Madeitex – São José dos Campos, SP) e grampo nº212 (Ivory® Heraeus Kulzer South América Ltda. – São Paulo, SP). Primeiro se removeu todo o tecido cariado com brocas de aço de baixa rotação 2 e 4 (KG Sorensen – Cotia, SP), obteve-se acesso com pontas diamantadas 1012 (KG Sorensen – Cotia, SP), brocas de Gates Glidden (Dentsply - Suíça) e brocas de Batt (Dentsply - Suíça), preparou-se o canal radicular com limas

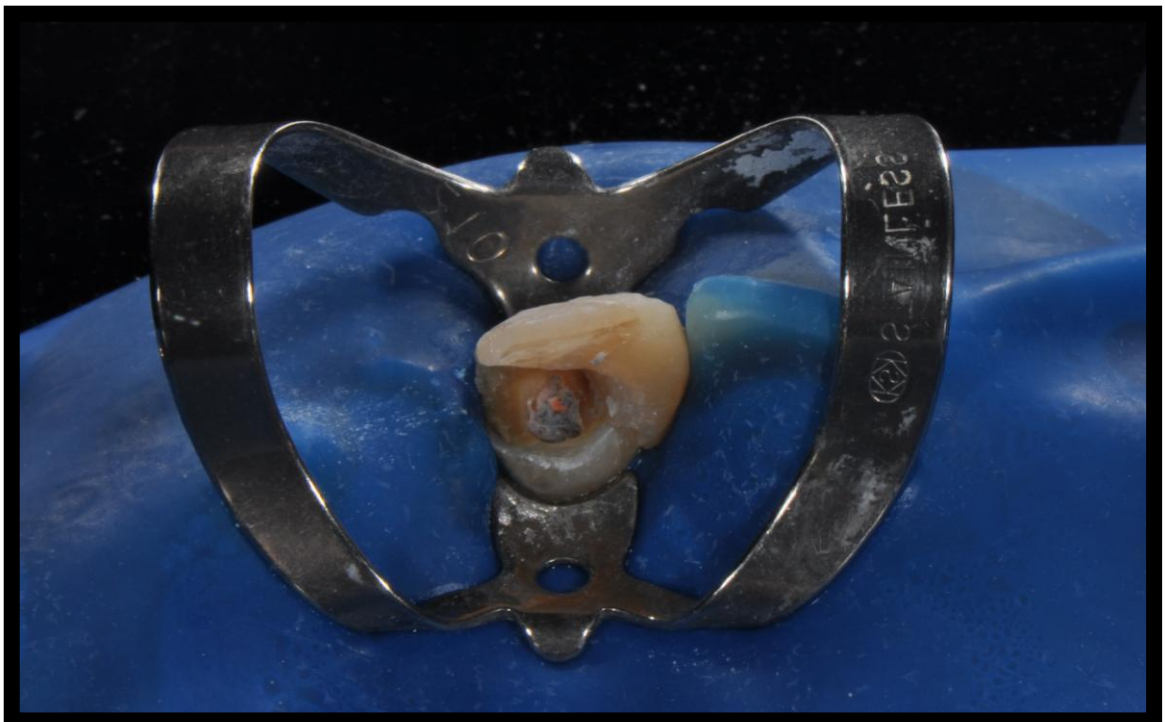
endodônticas do tipo K (Dentsply – Suíça) e foi utilizado como medicação intra-canal entre as consultas o Calen® (SS WHITE – Rio de Janeiro, RJ), algodão esterilizado e cimento de ionômero de vidro Vidrion-R® (SS WHITE – Rio de Janeiro, RJ), o qual foi colocado sobre o algodão com uma espátula para resina. Foi confeccionado um provisório para o dente 11. Ao retornar para o atendimento duas semanas depois a paciente relatou que havia caído o provisório e a mesma colou com cianoacrilato. A gengiva estava muito sangrante ao fazer a sondagem, dificultando a realização do tratamento endodôntico. A paciente foi orientada quanto a escovação, foi sugerido que comprasse uma escova dental macia e foi dada a ela escovas interdentais, foi enfatizado a responsabilidade da paciente para com o tratamento e combinado um horário fixo para que fizesse sua higiene oral. Por ser uma raiz muito comprometida, devido a grande atividade cariosa e a paciente não manter uma boa higiene optou-se por extrair as raízes dos dentes 11, 12 e 22 (FOTOGRAFIAS 16 e 17). Os dentes inferiores 31, 41, 42, foram tratados os canais na disciplina de estagio III com a mesma aluna. Para todos os dentes inferiores que foram feitos tratamento de canal foi utilizado isolamento absoluto com lençol de borracha (Madeitex – São José dos Campos, SP) e grampo nº212 (Ivory® Heraeus Kulzer South América Ltda. – São Paulo, SP). Foi feito dois dentes concomitantemente afim de diminuir o tempo de trabalho. Obteve-se acesso com pontas diamantadas 1012 (KG Sorensen – Cotia, SP), brocas de Gates Glidden (Dentsply - Suíça) e brocas de Batt (Dentsply - Suíça), preparou-se o canal radicular com limas endodônticas do tipo K (Dentsply – Suíça) e foi utilizado como medicação intra-canal entre as consultas o Calen® (SS WHITE – Rio de Janeiro, RJ), algodão esterilizado e cimento de ionômero de vidro Vidrion-R® (SS WHITE – Rio de Janeiro, RJ), o qual foi colocado sobre o algodão com uma espátula para resina. Após toda a etapa de preparo do canal radicular foi realizada a obturação do canal radicular com cones de guta percha principal e acessórios e cimento endodôntico Endofil® (DENTSPLY – Petrópolis, RJ). Logo após, aplicou-se cimento de ionômero de vidro Vidrion-R® sobre os cones de guta percha cortados. Os quatro dentes anteriores tratados endodônticamente possuíam dois canais radiculares cada um (FOTOGRAFIA 18).

FOTOGRAFIA 13 – Aspecto radiográfico inicial dos dentes 11 e 21

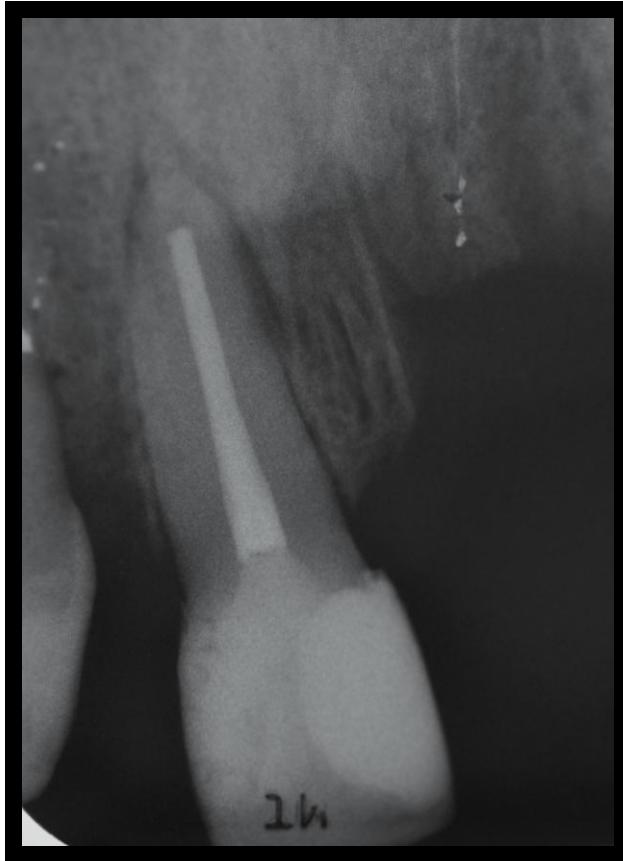


Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

FOTOGRAFIA 14 – Tratamento de canal do dente 21



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

FOTOGRAFIA 15 – Dente 21 tratado endodonticamente concluído

Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

FOTOGRAFIA 16 – Dentes 11, 12 e 22 extraídos

Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

FOTOGRAFIA 17 – Extração dos dentes 11, 12 e 22



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

FOTOGRAFIA 18 – Radiografia dos dentes anteriores inferiores tratados endodonticamente

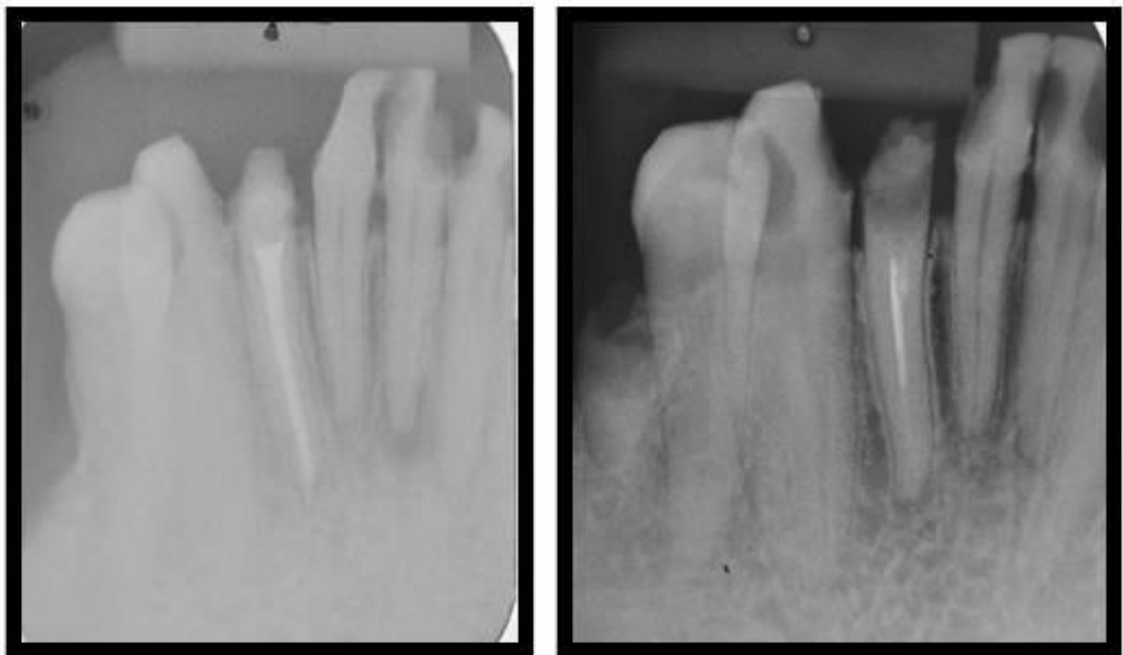


Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

3.2 Retratamento endodôntico

Foi necessário retratamento de canal no dente 32, o dente havia sido tratado no serviço público e estava obturado até o terço médio. O dente tinha dois canais e um deles não havia sido tratado. Foi feito então o isolamento absoluto no dente 32 com lençol de borracha (Madeitex – São José dos Campos, SP) e grampo nº212 (Ivory® Heraeus Kulzer South América Ltda. – São Paulo, SP). obteve-se acesso com pontas diamantadas 1012 (KG Sorensen – Cotia, SP), brocas de Gates Glidden (Dentsply - Suíça) e brocas de Batt (Dentsply - Suíça), preparou-se o canal radicular com limas endodônticas do tipo K (Dentsply – Suíça) e foi utilizado como medicação intra-canal entre as consultas o Calen® (SS WHITE – Rio de Janeiro, RJ), algodão esterilizado e cimento de ionômero de vidro Vidrion-R® (SS WHITE – Rio de Janeiro, RJ), o qual foi colocado sobre o algodão com uma espátula para resina. Após toda a etapa de preparo do canal radicular foi realizada a obturação do canal radicular com cones de guta percha principal e acessórios e cimento endodôntico Endofil® (DENTSPLY – Petrópolis, RJ). Logo após, aplicou-se cimento de ionômero de vidro Vidrion-R® sobre os cones de guta percha cortados (FOTOGRAFIAS 19 e 20).

FOTOGRAFIAS 19, 20 – Retratamento endodôntico do dente 32



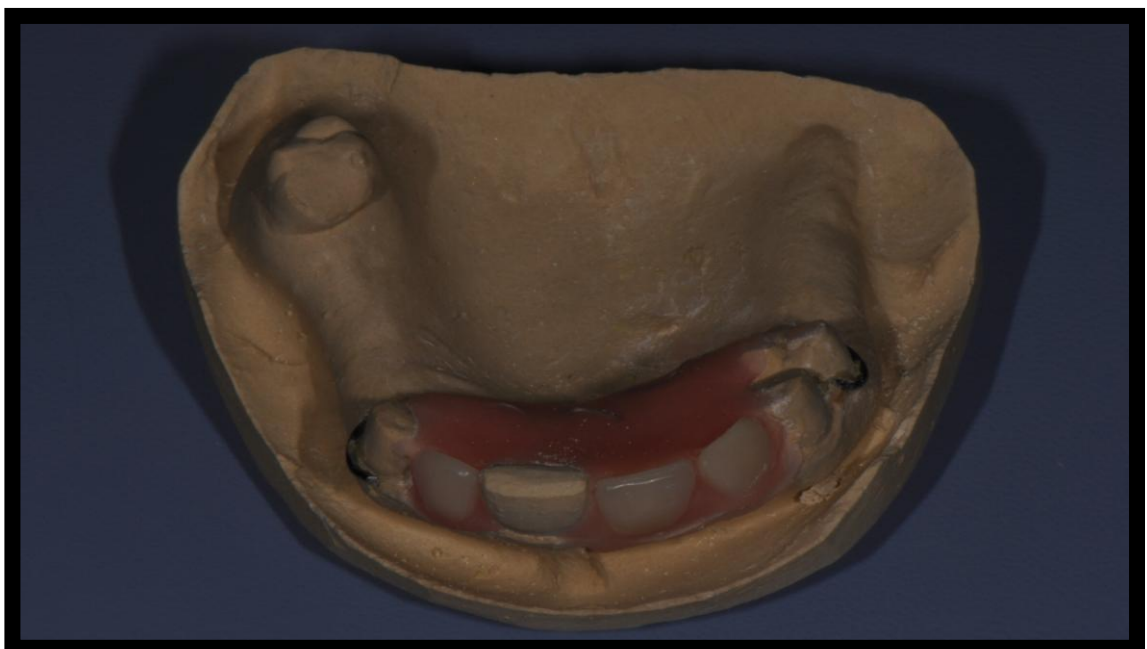
Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

3.3 Prótese Parcial Acrílica imediata (PPA)

Como a prótese parcial provisória não estaria pronta, para que a paciente não ficasse sem os dentes, foi feita uma prótese parcial imediata, que foi colocada no dia seguinte as extrações dentárias. Anteriormente à cirurgia de extração dos dentes 11, 12 e 21 foi confeccionado a moldagem para que fosse realizada a prótese parcial provisória imediata com Alginato Geltrate-Dentsply- Brasil, vazados em gesso tipo III (Durone, Dentsply, Brasil). Os materiais utilizados foram: dentes de estoque na cor 69, grampos ortodônticos de 0.9 mm e resina autopolimerizável na cor rosa. Foi então adaptada a PPA imediata na paciente (FOTOGRAFIAS 21 e 22). A paciente relatou se sentir constrangida em relação aos seus dentes e até mesmo medo da colocação da PPA, tinha vergonha do seu marido, pois o mesmo ria da sua condição dentária. Foi necessário um diálogo para que a paciente entendesse qual o planejamento proposto para sua reabilitação. Neste mesmo dia foi mandado pela estudante de psicologia que acompanha a paciente, um retorno do acompanhamento que a mesma vem fazendo concomitante ao tratamento dentário (ANEXO B).

A paciente vem fazendo acompanhamento psicológico todas as sextas-feiras após o atendimento odontológico.

FOTOGRAFIA 21 – Modelo com a PPA imediata



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

FOTOGRAFIA 22 – PPA em boca



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

3.4 Prótese Parcial Acrílica (PPA)

Após as extrações dentárias, aguardada uma semana, foi realizada uma nova moldagem com Alginato Geltrate-Dentsply- Brasil, vazados em gesso tipo III (Durone, Dentsply, Brasil) (FOTOGRAFIA 23). Foi escolhida a cor do dente de estoque 69, tamanho e formato para que fosse confeccionada a PPA, assim como os grampos de fio ortodôntico de tamanho 1.0 mm. Na PPA foram colocados os dentes de estoque 11, 12, 14, 22, 24, 25, como não havia espaço pra um dente molar 26 foi colocado mais um pré-molar e usado resina autopolimerizável na cor rosa. (FOTOGRAFIA 24). A prótese foi confeccionada na clínica, com os materiais disponíveis na mesma, visando não trazer custos para a paciente. O processo de prensagem e colocação de resina sobre os dentes na mufla foi orientado por um protético (FOTOGRAFIAS 25, 26 e 27).

FOTOGRAFIA 23 – Modelo para confecção da PPA



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

FOTOGRAFIA 24 – Inclusão do modelo em gesso na mufla



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

FOTOGRAFIA 25 – Aplicação da resina sobre o modelo

Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

FOTOGRAFIA 26 – Prensagem da mufla

Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

FOTOGRAFIA 27 – PPA final pronta



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

3.5 Tratamento Restaurador Estético

No dente superior esquerdo (21), foi realizada faceta direta com resina composta. Com o auxílio do afastador labial (ArcFlex, FGM) para facilitar a visualização da área e isolamento relativo com roletes de algodão, sugador. Realizou-se o condicionamento total com gel de ácido fosfórico a 37% (Acid Gel – Villevie – Joinville, SC). Após 15 segundos, o local foi lavado abundantemente com água por 30 segundos e feita a secagem com jato de ar, ficando a dentina úmida. Foi aplicado sistema adesivo de frasco único fotopolimerizável Single Bond® (3M/ESPE- Sumaré, São Paulo-SP), utilizando micropincel, e fotopolimerizando-o por 20 segundos.

Antes de dar início a técnica restauradora do dente 21, foi selecionado as resinas na cor A2 Z350.

Com o auxílio de uma espátula suprafil nº1 (SS WHITE/ Duflex), foi aplicada uma camada de resina opaca. Após cada incremento realizou-se a

fotopolimerização por 40 segundos. Um pincel foi usado para um melhor assentamento da resina composta.

No final da sessão restauradora, foram realizados acabamento com ponta diamantada 3195F e 3168F (KG Sorensen – Cotia, SP). Discos de lixa Soflez® (3M/ESPE – Sumaré, SP) e Astrobrush® (Ivoclar Vivadent Ltda- Barueri, SP), foram utilizadas para dar acabamento e polimento na face vestibular, a fim de proporcionar uma melhor lisura de superfície da resina composta.

Ao chegar na clínica a paciente havia muitas cáries, ao fazer adequação de meio, foi retirado todo tecido cariado e colocado cimento de ionômero de vidro Vidrion-R® (SS WHITE – Rio de Janeiro, RJ), para que houvesse remineralização da estrutura dentária. O tratamento restaurador estético foi o último tratamento feito na paciente. Primeiramente foram restaurados os dentes 33, 34, 43, 44, foi retirado o ionômero de vidro que havia sido colocado na fase de adequação do meio, obteve-se acesso com pontas diamantadas 1012 (KG Sorensen – Cotia, SP) e então foi condicionado com ácido fosfórico a 37% com Acid gel® (Villevie – Joinville, SC), aplicado sistema adesivo Adapter Single Bond™ 2 (3M ESPE – Sumaré, SP) e restaurado com resina composta de cor OA2 e A2 Charisma® (Heraeus Kulzer South América Ltda. – São Paulo, SP), com técnica direta. O acabamento e o polimento da restauração foram realizados com pontas de silicone abrasivo Viking® (KG Sorensen – Cotia, SP), pasta para polimento de resinas Diamond Gloss® (TDV – Pomerode, SC) e escovas de polimento de resinas impregnadas com carbeto de silício Polishing brush® (TDV - Pomerode, SC). Após foram restaurados os dentes anteriores inferiores 31, 32, 41, 42, já havia sido tratado o canal e sobre os cones de guta percha estava cimento de ionômero de vidro Vidrion-R® então foi condicionado com ácido fosfórico a 37% com Acid gel® (Villevie – Joinville, SC), aplicado sistema adesivo Adapter Single Bond™ 2 (3M ESPE – Sumaré, SP) e restaurado com resina composta de cor OA2 e A2 Charisma® (Heraeus Kulzer South América Ltda. – São Paulo, SP), com técnica direta.

Os caninos tiveram sua dimensão cervico-incisal aumentadas. O dente foi asperizado e incrementos de resina composta na cor A2 Charisma® (Heraeus Kulzer South América Ltda. – São Paulo, SP), com técnica direta (FOTOGRAFIAS 27 a 37).

FOTOGRAFIA 28 – Aspecto inicial da paciente



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

FOTOGRAFIA 29 – Aspecto final da paciente



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

FOTOGRAFIA 30 – Aspecto final da paciente em oclusão



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

FOTOGRAFIA 31 – Aspecto final da paciente – vista oclusal dos dentes superiores com PPA



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock

FOTOGRAFIA 32 – Dentes inferiores restaurados



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

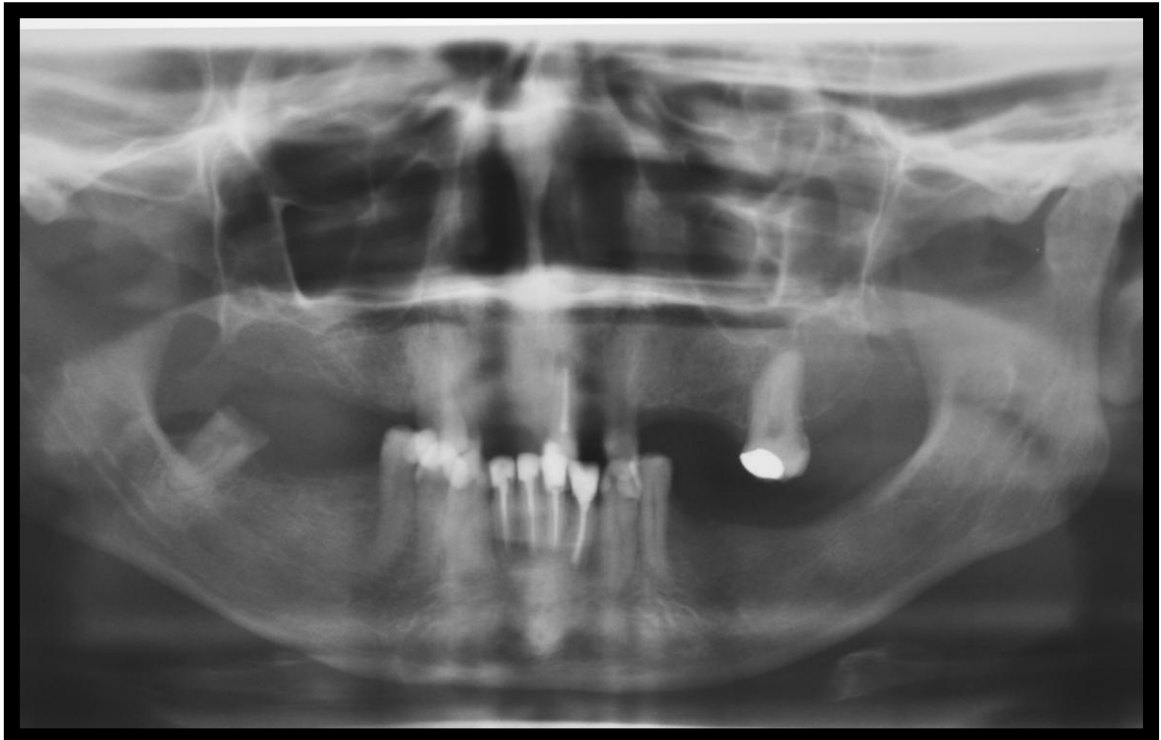
FOTOGRAFIA 33 – Vista oclusal dos dentes inferiores



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

FOTOGRAFIA 34 – Aspecto radiográfico inicial

Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

FOTOGRAFIA 35 – Aspecto radiográfico final

Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

FOTOGRAFIA 36 – Aspecto inicial da paciente



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

FOTOGRAFIA 37 – Aspecto final da paciente



Fonte: Acervo do Prof. Me. George Valdemar Mundstock.

4 DISCUSSÃO

Neste trabalho foi realizado um estudo de reabilitação bucal provisória através de uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional, assim como foi observado o seu relacionamento e aplicabilidade na Odontologia. Dessa forma, apresentou-se um estudo de caso clínico no qual foram realizadas instruções de higiene oral, adequação de meio, tratamentos endodônticos e tratamentos restauradores como reanatomizações, prótese parcial acrílica e facetas diretas, observando-se a relevância dos resultados obtidos.

Além disso, questiona-se a atual definição de saúde da Organização Mundial da Saúde: “situação de perfeito bem-estar físico, mental e social”, considerada ultrapassada por visar a uma perfeição inatingível, atentando-se às próprias características da personalidade. Menciona-se como principal sustentação dessa ideia a renúncia necessária à parte da liberdade pulsional do homem em troca da menor insegurança propiciada pelo convívio social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A Organização Mundial da Saúde definiu, em termos amplos, duas metas que deveriam ser alcançadas. A primeira delas era influenciar a forma de vida da população para que se mantivesse ou se promovesse a saúde bucal e se prevenissem as doenças orais. A segunda delas era proporcionar tratamento adequado às pessoas afetadas por doenças bucais a fim de detê-las o mais cedo possível, evitando perda de função.

No entanto, esse grupo reconheceu que a segunda meta só poderia ser alcançada se todos os recursos disponíveis para a promoção da saúde fossem usados em sua plenitude, de modo que a atenção curativa se tornasse necessária apenas para aqueles nos quais a prevenção houvesse fracassado (SOUZA, 1999).

Com base nos princípios já mencionados e na atenção curativa, foi então planejado o tratamento, visando a integralidade da paciente, promovendo a saúde bucal e proporcionando um atendimento adequado às suas necessidades.

Segundo Santos e Cutolo (2003), pode-se perceber um aspecto importante que se manteve ao longo dos anos: a dificuldade do trabalho de caráter interdisciplinar em equipe multiprofissional, gerada principalmente pela deficiência na formação acadêmica e profissional dos componentes desta, e também pela falta de perfil exigido para o exercício do atendimento integral e vinculado a uma população pré-definida territorialmente. Notou-se, portanto, grande dificuldade em

manter o contato com outros cursos. Em uma das vezes, a aluna responsável pela parte psicológica marcou o atendimento e esqueceu-se do horário. Em outras vezes, a responsável agendava o atendimento e a paciente não comparecia. Percebeu-se então uma grande falha em relação à comunicação entre paciente e profissional e entre os próprios profissionais.

Para Baratieri (2001) e Só (2007), avaliar as necessidades periodontais, endodônticas, ortodônticas, cirúrgicas e restauradoras é essencial para um planejamento completo e objetivo. Essa avaliação é obtida a partir de radiografias, moldagem de estudo, fotografias e registros em computadores que, somados, formam um compêndio do paciente. Para o caso clínico relatado, optou-se por essa metodologia para o planejamento e execução.

Marinho et al. (2011) acreditam que a discussão do planejamento com o paciente é fundamental para evitar posterior conflito ou abandono de tratamento. Além disso, para Oliveira et al. (2012), o tratamento multidisciplinar é de extrema importância, principalmente nos casos mais complicados.

Destaca-se que alguns fatores devem ser analisados quando se modifica a anatomia dentária do paciente, como: idade, gênero, formato do rosto, altura gengival, presença de hábitos parafuncionais e disfunção da ATM. Esses fatores interferem para o sucesso e durabilidade das restaurações (SCHAFER et al., 2005).

A reabsorção óssea alveolar, em relação aos pacientes que usam próteses imediatas, é considerada menor em pacientes que não utilizam dessa reabilitação. Ao mesmo tempo em que a mucosa cicatriza, o paciente já começa a se acostumar com a prótese (MARCHINI, 2007).

No que diz respeito às desvantagens e contra-indicações, são citadas a necessidade de reembasamento periódicos e a possibilidade da substituição em casos raros, nos primeiros três anos; a dificuldade de se realizar provas estéticas; custo adicional; maior número de visitas para ajustes; e cuidados especiais no pós-operatório. Contudo, essas desvantagens se tornam secundárias quando comparadas às vantagens (TURANO; TURANO, 2000). Por esse motivo, foi confeccionada uma nova prótese parcial provisória e proposto o reembasamento ao longo do tempo.

Segundo Baratieri (2001), a decisão sobre usar ou não pinos intracanaís para restauração de dentes com tratamentos endodônticos é complexa e difícil, pois envolve muitos fatores e pode variar de acordo com cada caso clínico. Isso explica a

decisão tomada da não utilização de pinos intracanaís no dente 21 e nos dentes anteriores inferiores tratados endodonticamente, já que a paciente apresentava overjet e overbite acentuado, utilizando pouco os dentes anteriores na mastigação.

De acordo com Jordan (2001), as restaurações classe IV devem ser feitas com material biocompatível, resistente e estético, e a resina composta possui essas características. Para Mauro, Brogini e Sundfeld (2003), é necessário informar o paciente quanto à limitação do material. A paciente deste caso clínico foi orientada a evitar aplicação de esforço exagerado sobre as restaurações, pois as resinas não possuem a mesma resistência dos dentes naturais e todos os seus dentes estavam restaurados, principalmente os anteriores inferiores, que necessitaram de restaurações extensas. Foi também explicado à paciente sobre a durabilidade das restaurações, que teriam um ciclo restaurador repetitivo.

Quando comparadas com tratamentos ortodônticos, inlays, onlays e facetas de porcelana, técnicas de restaurações diretas vêm se destacando por seu reduzido tempo de trabalho, baixo custo, possibilidade de reparo e, principalmente, por apresentar resultados imediatos ao paciente, sem ser necessária uma etapa laboratorial, como nas restaurações indiretas (BARATIERI, 2001; IZGI; AYNA, 2005; CONCEIÇÃO, 2007; AQUINO et al., 2009; MÜLLER; MONTENEGRO, 2012).

Baratieri (2001), Machado, Seabra e Serguiz (2004) citam vantagens no uso da resina composta, tais como custo reduzido, versatilidade de cores, preservação da estrutura dental sadia, menor tempo de tratamento, reversibilidade, fácil realização e possibilidade de reparos. Por outro lado, Conceição et al. (2007) e Prado et al. (2012) apontam algumas limitações no uso da resina composta, como contração de polimerização e manchamento superficial, principalmente em pacientes fumantes e que ingerem frequentemente substâncias corantes, além de diminuição da longevidade em pacientes que realizam bruxismo. Tendo consciência destas características, optou-se pelo uso de resinas compostas, sinalizando à paciente que futuros reparos e ajustes deverão ser realizados e que fraturas poderão acontecer.

Segundo Baratieri (2001), Hirata, Ampessan e Liu (2001), Conceição et al. (2007) e Bosseli e Pascotto (2007), com o desenvolvimento dos materiais restauradores que buscam reproduzir características naturais das estruturas dentais, é possível confeccionar restaurações de resina composta com um alto nível de excelência estética e obter elevada aprovação pelos pacientes, assim como pela paciente relatada neste caso clínico, que ficou satisfeita com o resultado final.

De acordo com Bonachela (2008), os pacientes muitas vezes optam por compósitos por serem uma opção mais econômica, e estes acabam atingindo um público maior. A paciente relatada no caso clínico não tinha condições de fazer um tratamento protético. Portanto, julgamos conveniente realizar prótese parcial acrílica e acréscimos com resina composta a fim de melhorar e harmonizar o sorriso, solucionando, assim, alterações de forma e posicionamento dos dentes anteriores superiores e inferiores. Destaca-se a rapidez na confecção do trabalho, visando o estímulo do paciente.

A ausência ou o desgaste excessivo dos elementos dentais anteriores é fator de alta influência na estética e harmonia do sorriso, aspectos fundamentais para o bem-estar psíquico-social do indivíduo (SILVA, 2011).

Conforme Marinho et al. (2011), fazer o uso de métodos que auxiliem o profissional na obtenção de resultados estéticos satisfatórios e previsíveis é necessário. Entretanto, deve-se destacar que, ao aplicar os princípios estéticos corretamente para alcançar um sorriso harmônico, independentemente da proporção, da técnica restauradora ou do material escolhido, o profissional deverá, acima de tudo, estar fundamentado num correto diagnóstico e planejamento, que deverá ser discutido com o paciente a fim de que seu senso estético seja respeitado. Se isso não for feito, o resultado poderá ser eficiente do ponto de vista profissional e científico, mas falho no que diz respeito à capacidade de retratar o indivíduo e seus anseios, que é parte essencial da satisfação e bem-estar.

A manutenção periódica preventiva deve ser instituída para evitar que danos irreversíveis se instalem no paciente, necessitando este de novas técnicas terapêuticas mais invasivas (ASCKAR; VIEIRA; BONACHELA, 1999).

Assim, de nada adianta o esforço profissional para chegar a um resultado ideal se o paciente não estiver consciente de sua situação. A indicação de um aparelho protético para a reposição de dentes naturais perdidos baseia-se, principalmente, na necessidade de recuperar as condições de saúde bucal de pacientes que geralmente já revelam uma história de poucos cuidados odontológicos. Nenhuma reabilitação irá durar mais do que a vontade do paciente em mantê-la em condições (SILVA; PORTO; BONACHELA, 2008).

Segundo Carranza (2007), todo paciente precisa de manutenção periódica para o controle profissional do biofilme bacteriano.

Define-se cárie como sendo a dissolução dos tecidos mineralizados do dente por ação de ácidos produzidos e concentrados no biofilme na presença de carboidratos fermentáveis, em um processo dinâmico de desmineralização e remineralização. É uma doença infecciosa, transmissível, multifatorial e responsável pela desmineralização do esmalte à custa do biofilme bacteriano, associada à dieta e à constante falta de higiene bucal, levando a perdas irreversíveis de tecido dentário. Todos estes fatores, a microbiota, a dieta inadequada, o hospedeiro suscetível e o tempo, constituem os chamados fatores primários da cárie dentária, sendo que, sem a presença de um deles, a doença não se desenvolve (MEZZOMO, 1997). Em razão da cirurgia para extração dos restos radiculares, notou-se que a paciente deste estudo, ao comparecer à clínica para remover as suturas, não tinha uma boa cicatrização, o que fez com que o tratamento demorasse mais para ser concluído. Durante uma conversa com a paciente sobre sua alimentação, a mesma relatou não fazer as refeições diárias e se alimentar apenas com comida industrializada.

De acordo com Tazima et al. (2008), o reparo de feridas, uma solução de continuidade dos tecidos decorrente da lesão por agentes mecânicos, térmicos, químicos e bacterianos, é o esforço dos tecidos para restaurar a função e as estruturas normais. O conhecimento dos complexos eventos fisiológicos da cicatrização de feridas é de grande importância para o cirurgião. Segundo os autores, inúmeros fatores podem interferir na cicatrização, entre eles o nutricional: uma deficiência nutricional pode dificultar a cicatrização, pois deprime o sistema imune e diminui a qualidade e a síntese de tecido de reparação.

A fim de estabelecer uma interação mais abrangente com a paciente, a aluna responsável pelo caso entrou em contato com a estudante do Curso de Nutrição que iria atender à paciente, explicando-lhe a situação clínica e pedindo para que houvesse um retorno de seu andamento nos atendimentos propostos. No entanto, a paciente não se mostrou interessada no tratamento e não compareceu às visitas agendadas. Ao ser questionada sobre a questão, disse achar “muita informação”, além de que ficaria difícil ir à universidade mais um dia para ser atendida. A paciente comprometeu-se a melhorar a alimentação e foi questionada sobre isso no decorrer do tratamento (ANEXO A).

Segundo Rutter (1993), resiliência refere-se a uma habilidade de superar adversidades, o que não significa que o indivíduo saia da crise ileso, como implica o

termo invulnerabilidade. É um termo muito usado nos cursos de Psicologia e de Serviço Social. Conversando com a assistente social responsável pelo caso, chegou-se à conclusão de que a paciente não teria essa habilidade, se sentindo então vítima de sua história, o que a impedia de tomar algumas decisões importantes em sua vida. Para que a paciente conseguisse lidar melhor com todas as adversidades encontradas, a mesma foi encaminhada para o atendimento psicológico, através do qual era atendida em todas as sextas-feiras após a consulta odontológica (ANEXO B).

A estudante de Psicologia responsável pelo caso encaminhou a paciente para o atendimento psiquiátrico. Destaca-se que a comunicação com a assistente social foi de extrema importância, pois a profissional deu orientações sobre a forma de agir com a paciente, além de fornecer à aluna responsável pelo caso uma visão mais humanística, mostrando detalhes no comportamento da paciente, sugerindo caminhos a serem trabalhados e ajudando a mesma a delimitar a parte que lhe competia trabalhar ou não.

Em diversas vezes, a paciente apresentava-se desmotivada, relatava ser vítima de maus tratos por parte do marido e cogitou desistir do tratamento dentário por se apresentar em grande sofrimento. Desse modo, a paciente demorou para demonstrar uma boa higiene e faltou em muitas consultas, necessitando de um grande estímulo para concluir o tratamento.

5 CONCLUSÃO

A partir do caso clínico apresentado, chegou-se às seguintes conclusões:

- O correto diagnóstico e planejamento prévio foram imprescindíveis para determinar o êxito no resultado final de restaurações diretas de resina composta.
- É imprescindível colocar o paciente como principal agente de mudança de sua vida.
- A técnica direta é uma opção mais conservadora, rápida, segura, reversível, passível de reparo e de fácil realização.
- As técnicas usadas têm boa relação custo-benefício e alta aprovação dos pacientes.
- A prótese imediata é a melhor alternativa de tratamento se comparada à cicatrização normal para posterior colocação de uma prótese parcial removível, pois o paciente tem um alto grau de satisfação em virtude de menor desconforto e da estética reestabelecida, além de conservação da estrutura óssea para posterior realização de uma prótese parcial removível ou total.
- O tratamento multiprofissional, juntamente com o uso de técnicas restauradoras adequadas, se torna uma ótima alternativa para um tratamento reabilitador. Para a obtenção de bons resultados, é indispensável um correto planejamento, visando a saúde geral do paciente.
- O trabalho multiprofissional se mostrou de grande importância para o desenvolvimento da paciente, como um todo.
- O trabalho multiprofissional mostrou muitas falhas na comunicação entre os cursos.
- O tratamento realizado não é definitivo: dentes restaurados entram num ciclo restaurador repetitivo. Assim, a paciente deve fazer manutenção periódica para acompanhamento e manutenção das restaurações, tendo em consideração que a prótese parcial acrílica é provisória e deverá ser trocada assim que a paciente tiver disponibilidade.

- Os objetivos deste trabalho foram alcançados, foi reestabelecida a saúde, a função e a estética dos dentes. Além disso, houve uma melhora na auto-estima e na qualidade de vida da paciente.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, A. P. T. et al. Facetas de Porcelana: solução estética e funcional. *Revista Clínica*, v. 5, n. 2, p. 142-152, 2009.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Revista ciência & saúde coletiva*, Natal, v. 12, n. 2, p. 455-463, 2007.
- ASCKAR, E. M.; VIEIRA, L. F.; BONACHELA, W. C. Estudo longitudinal de pacientes portadores de prótese parciais removíveis (PPR) em relação aos dentes controles, retentores primários e retentores secundários com acompanhamento profissional. *Odontologia USF*, Bragança Paulista, v. 17, n. 1, p. 63-77, 1999.
- BARATIERI, L. N. et al. *Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades*. São Paulo: Santos, 2001.
- BARBOSA, C. M. R.; ARANA, A. R. S.; BOURREAU, M. L. S. Reabilitação oral de paciente bruxômana com alteração de dimensão vertical. *Revista Iniciação Científica Cesumar*, Maringá, v. 2, n. 1, p. 23-25, 2000.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 4, de 07 de novembro de 2001. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/diretrizes/medicina.asp>>. Acesso em: 10 mai. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família. A implantação da unidade de saúde da família. Caderno 1. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/diretrizes/medicina.asp>>. Acesso em: 10 mai. 2015.
- CARRANZA, N. et al. *Periodontia Clínica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Saunders, 2007.
- CERVI, A.; FRANCESCHINI, S. C.; PRIORE, S. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 18, n. 6, p. 765-777, 2005.
- CONCEIÇÃO, E. N. et al. *Dentística: saúde e estética*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- COSTA, M. M. et al. Overlays: Próteses provisórias orientadoras de reabilitação oral. *Revista Brasileira Prótese Clínica e Laboratorial*, Curitiba, v. 4, n. 7, p. 8-16, 2002.
- CURA, C.; SARAÇOGLU, A.; OZTURK, B. Prosthetic rehabilitation of extremely worn dentitions: case reports. *Quintessence Int.*, v. 33, n. 3, p. 225-230, 2002.
- DANTAS, E. M. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. *Odonto*, Julio de Castilhos, v. 40, n. 20, p. 41-48, 2012.

- ESTRELA, C.; FIGUEIREDO, J. A. P. *Endodontia: Princípios Biológicos e Mecânicos*. São Paulo: Artes médicas, 1999. v.1. p 139-149.
- FEJERSKOV, O.; KIDD, E. A. *Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico*. São Paulo: Santos; 2005.
- FLORES, M. T. et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. I. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dental Traumat*, v. 23, n. 2, p. 66-71, 2007.
- FREITAS, J. et al. Princípios biológicos do tratamento endodôntico de dentes com polpa necrosada e lesão perirradicular. *Revista brasileira de odontologia*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 8-14, 2012.
- GARCIA, R. N. et al. Nutrição e Odontologia: a prática interdisciplinar em um projeto de extensão. *Revista Sul Brasileira de Odontologia*, v. 5, n. 1, p. 1-57, 2008.
- GENOVESE, W. et al. Prótese total imediata: Limitações e Possibilidades. *Revista de Odontologia da Metodista*, v. 2, n. 1, p. 23-26, 1981.
- GOYATÁ, F. R. et al. Tratamento restaurador multidisciplinar – relato de caso clínico. *International Journal of Dentistry*, Resende, v. 7, n. 2, p. 142-146, 2008.
- HIRATA, R.; AMPESSAN, R. L.; LIU, J. Reconstrução de dentes anteriores com resina composta: uma sequencia de escolha e aplicação de resinas. *Jornal Brasileiro de Clínica & Estética em Odontologia*, Curitiba, v. 5, n. 25, p. 15-25, 2001.
- IZGI, A. D.; AYNA, E. Direct restorative treatment of peg-shaped maxillary lateral incisors with resin composit: A clinical report. *Journal of prosthetic Dentistry*, v. 93, n. 6, p. 526-529, 2005.
- JENKINS, K. H. Culture, emotion, and psychiatric disorder. In: JOHNSON, T. R. *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. Wesrport: Praeger, 1996. p. 71-87.
- JORDAN, R. E. Restaurações de dentes traumatizados com resinas compostas. In: ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M. *Texto e atlas colorido de traumatismo dental*. Tradução de Gabriela Soares, Cristiano Boschetto e Ilson José Soares. Porto Alegre: Artmed, 2001. v. 3. p. 635-646.
- LIMONTA, L. B. et al. Ventagens de la prótesis imediata. *Revistas médicas Cubanas*, v. 10, 2006. Não paginado.
- MACHADO, C. T. et al. Recuperação estética: Conseguida Através do Uso da Resina Composta Direta. *Jornal brasileiro de Clínica Odontológica Integrada*, Curitiba, v. 8, n. 45, p. 207-211, 2004.
- MAHSHID, M. et al. Evaluation of “golden proportion” in individuals with an esthetic smile. *J Esthet Rest Dent*, v. 16, n. 3, p. 185-92, 2004.

- MANFIO, A. P. et al. Coroa Total de Resina Composta. *Revista Gaúcha de Odontologia*, Porto Alegre, v. 54, n. 1, p. 27-30, 2006.
- MARCHINI, L. et al. Prótese Total Imediata Superior e inferior. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, v. 52, n. 4, p. 293-296, 1998.
- MARCON, C. C. et al. Reabilitação Estética de Dentes Ântero-superiores: Relato de caso clínico. *Revista Ibero-americana de Odontologia Estética e Dentística*, Curitiba, v. 5, n. 20, p. 380-389, 2006.
- MARINHO, T. G. et al. Odontologia estética em proporção: revisão de literatura ilustrada. *Cadernos de Graduação*, Aracaju, v. 13, n. 13, p. 89-98, 2011.
- MAURO, S. J.; BROGINI, E. C.; SUNDFELD, R. H. Plástica dental: um recurso para promoção de saúde. *J Bras Dent & Estét*, v. 2, n. 5, p. 15-27, 2003.
- MELLO, M. et al. Tratamento de paciente utilizando prótese total imediata - Relato de caso clínico. *Revista do curso de odontologia da Unievangélica*, v. 9, n. 2, p. 101-105, 2007.
- MENDONÇA, J. S. et al. Direct resin composite restorations versus indirect composite inlays: one-year results. *Journal Contemporary Dental Practice*, v. 11, n. 3, p. 25-32, 2010.
- MENEZES FILHO, P. F. et al. Avaliação Crítica do Sorriso. *International of Dentistry*, Recife, v. 1, n. 1, p. 14-19, 2006.
- MEZZOMO, E. *Reabilitação Oral para o clínico*. 3. ed. São Paulo: Quintessence, 1997.
- MIRANDA, C. C.; MIRANDA, R. W. *Atlas de reabilitação bucal*. São Paulo: Santos, 1984.
- MOREIRA, V.; SLOAN, T. *Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica*. São Paulo: Escuta, 2002.
- MÜLLER, R. S.; MONTENEGRO, G. Restaurações adesivas diretas com resinas compostas para fechamento de diastemas. *Revista odontológica do Planalto Central*, Brasília, v. 2, n. 2, p. 13-16, 2012.
- NETO, L.; REIS, R. Reestabelecimento Estético-funcional de Dentes Ântero-Superiores com Rara Alteração de cor e forma: relato de caso clínico. *Revista Dentística online*, n. 20, ano 10, 2011.
- OLIVEIRA, D. C. R. S. et al. Trauma dentário: tratamento multidisciplinar - relato de caso. *Rev Dental Press Estét*, v. 9, n. 3, p. 88-96, 2012.
- OLIVEIRA, F. A. et al. Traumatismo dentoalveolar: revisão de literatura. *Rev Cir e Traumatol Buco-Maxilo-Facial*, v. 4, n. 1, p. 15-21, 2004.

PAGANI, C.; BOTTINO, M. C. Proporção áurea e a odontologia estética. *Jornal Brasileiro de Dentística & Estética*, Curitiba, v. 2, n. 5, p. 80-85, 2003.

PEREIRA A. C. et al. Índice e necessidades de tratamento em Odontologia – um novo conceito em planejamento de serviços. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins*, v. 11, n. 2, p. 16-22, 1999.

PEREIRA, A. C. et al. *Odontologia em Saúde Coletiva*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

RODRIGUES, M. L. O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar. In: MARTINELLI, M. L. et al. (Orgs.). *O Uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber*. São Paulo: Corte, 1998.

RUTTER, M. Resilience: some conceptual considerations. *Journal of adolescent health*, v. 14, p. 626-631, 1993.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no programa saúde da família. *Rev. Arquivos catarinenses de medicina*, v. 23, n. 4, p. 1-74, 2003.

SASAKI, E. W. et al. Ex Vivo Analysis of the Debris Remaining in Flattened Root Canals of Vital and Nonvital Teeth After Biomechanical Preparation with Ni-Ti Rotary Instruments. *Braz Dent J*, Canadá, 2006.

SCHMIDSEDER, J. *Odontologia Estética*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

SCOTTI, R.; FERRARI, M. *Pinos de Fibra: Considerações teóricas e aplicações clínicas*. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

SEAL, R. R.; KUEBKER, W. A.; STEWART, K. L. Immediate complete Dentures. Dental. *Clinics of North America*, v. 40, n. 1, p. 151-167, 1996.

SHAFER, A. et al. Estética em dentes Anteriores: fechamento de diatemas com utilização de régua para proporção áurea. *Revista Brasileira de Odontologia Estética e Dentística*, v. 4, n. 15/16, p. 239-44, 2005.

SILVA. M. et al. Reabilitação Oclusal com Prótese Parcial Removível Provisória Tipo "Overlay" Relato de caso. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, v. 15, n. 4, p. 455-460, 2011.

SILVA, P. M. B.; PORTO, V. C.; BONACHELA, W. C. Aspectos periodontais em pacientes usuários de próteses parcial removível. *Revista odonto ciência*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 297-301, 2008.

SILVA, V. M. T. A. A odontologia no programa de saúde da família: A importância da inclusão das ações de saúde bucal na atenção básica. *Faculdade de Medicina de Campos*, p. 1-12, 2008.

SÓ, M. V. R. *Endodontia: As Interfaces no Contexto da Odontologia*. São Paulo: Santos, 2007.

SOARES, I. J.; GOLDBERG, F. *Endodontia Técnica e Fundamentos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

SOUZA, A. S. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 2, n. 2, p. 4-10, 1999.

TAMAKI, T. *Dentaduras completas*. 4. ed. São Paulo: Salvier, 1988. p. 217-251.

TAZIMA, M. F. et al. Biologia da Ferida e Cicatrização. *Revista medicina de Ribeirão Preto: Fundamentos em Clínicas cirúrgica*, v. 41, n. 3, 2008.

TRICHES, R. M.; GIUGLIANI, E. R. Obesidade, práticas alimentares e conhecimento de nutrição em escolares. *Revista de Saúde Pública*, Dois Irmãos, v. 39, n. 4, p. 541-547, 2005.

TURANO, J. C.; TURANO, L. M. *Fundamentos de Prótese Total*. 5. ed. São Paulo: Santos, 2000. p. 475-487.

VASCONCELLOS, D. K. et al. Limiar Entre as Restaurações Diretas e Indiretas de Resina Composta: revisão de literatura. *Revista Íbero-Americana de Odontologia Estética e Dentística*, Curitiba, v. 5, n. 20, p. 461-470, 2006.

VIANA, P. C. et al. Soft tissue waxup and mock-upas key factores in a treatment plan: case presentation. *European Journal of Esthetic Dentistry*, Berlim, v. 7, n. 3, p. 310-323, 2012.

WAKEFIELD, J. The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, New York, v. 47, p. 373-388, 1992.

WALBER, L. F. Prótese Total imediata. *Revista da Faculdade Odontológica de Porto Alegre*, v. 30, n. 31, p. 4-7, 1990.

WOLOCH, M. M.; FOREST HILLS, N. Y. Nontraumatic immediate complete denture placement: A clinical report. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, v. 80, n. 4, p. 3391-393, 1998.

ANEXO A – Encaminhamentos para o Curso de Nutrição feitos pela aluna responsável e seu Orientador, juntamente com a assistente social responsável pelo caso



CLÍNICA DE ODONTOLOGIA

Av. Independência, 2293 - BLOCO 33 - FONE: (51) 3717-7376 CEP: 96815-900 - Santa Cruz do Sul - RS

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Rose Tatiele dos Santos
Endereço: Panama, nº 190, bairro - Bom Fim
Fone: 9515 4109 Nascimento: 30/12/1982
8024 8540 x

Encaminho paciente para atendimento:

- SIS - Enfermagem - Bloco 31
- SIS - Nutrição - Bloco 31
- SIS - Medicina - Bloco 31
- SIS - Psicologia - Bloco 31
- Clínica de Fisioterapia - Bloco 34
- Núcleo de Apoio Acadêmico - NAAC
- Gabinete de Assistência Judiciária - GAJ - Bloco
- Hospital Santa Cruz - Rua Fernando Abott, 174
- Outro: Qual? _____

INFORMAÇÕES PARA A REFERÊNCIA (Investigação/diagnóstico/indicação de referência):

Paciente procura de orientação quanto a alimentação, relatando alimentação inadequada da família e ao fazer curso de nutrição apresenta dificuldade de cicatrização. Relatou também varicela da mãe e da filha. Avaliar necessidade de consulta de enfermagem e ginecologia
Profissional: [Assinatura] Data: 29/5/15

INFORMAÇÕES DE CONTRA-REFERÊNCIA (Diagnóstico/prognóstico/tratamento indicado/necessidade de retorno):

Agendado duas consultas e a paciente não compareceu e não demonstrou interesse em ter acompanhamento nutricional.

Profissional: Kathlen G. Schmitt Data: 28/08/15
[Assinatura]



ANEXO C – Autorização do Coordenador do Curso de Odontologia

Santa Cruz do Sul, 02 de Junho de 2015.

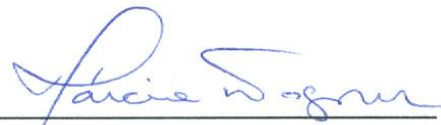
À Coordenadora do curso de Odontologia

Prezada Senhora,

Declaramos para os devidos fins conhecer o protocolo de pesquisa intitulado: “Reabilitação Oral Provisória: uma Visão Multiprofissional e Interdisciplinar – Relato de Caso”, desenvolvido pela acadêmica Manoela Gonçalves da Silva do Curso de Odontologia, da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, sob a orientação do professor Prof.Ms. George Valdemar Mundstock, bem como os objetivos e a metodologia de pesquisa e autorizamos o desenvolvimento na Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP/UNISC, conhecer e cumprir com a Resolução do CNS 466/12 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária.

Atenciosamente,



Assinatura e carimbo do responsável
institucional

Márcia Helena Wagner
Coordenadora do Curso de Odontologia

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido REABILITAÇÃO ORAL PROVISÓRIA: UMA VISÃO MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR – RELATO DE CASO

O presente trabalho “Reabilitação Oral Provisória: uma Visão Multiprofissional e Interdisciplinar – Relato de Caso” tem o intuito de realizar um reabilitação oral provisória com apoio de outros cursos da instituição visando o bem-estar geral da paciente. Objetivamos a melhora da condição da saúde bucal da mesma, bem como uma melhora estética e funcional.

Este trabalho tem como objetivo proporcionar ao participante uma melhora na sua condição bucal, não apresentando risco, desconforto ou constrangimento ao paciente. A coordenação do curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC estará ciente dos resultados obtidos ao fim do caso, para fins do conhecimento de seus alunos.

De acordo com presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de estudo do tipo Relato de Caso, pois fui informado de forma clara e específica, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas as quais poderia ser submetido.

Fui igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com o caso clínico;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de relato de caso

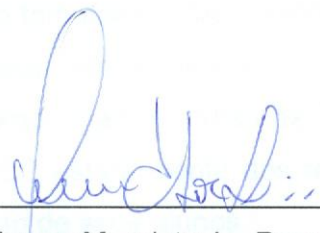
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo;
- do conteúdo e dos objetivos do caso clínico acima de maneira clara e detalhada, tendo esclarecido minhas dúvidas.

Os responsáveis por este Projeto de Estudo de Caso é o professor Prof.Ms. George Valdemar Mundstock e a acadêmica do curso de Odontologia responsável pelo caso é Manoela Gonçalves da Silva. O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário do caso clínico e outra com a acadêmica responsável.

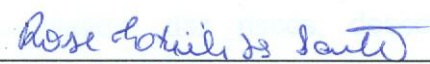
Data: 08/05/15



Manoela Gonçalves da Silva– Acadêmica



George Valdemar Mundstock– Responsável



Assinatura do Voluntário