

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ODONTOLOGIA

RUTH CAVALCANTE E FERNANDES

**Atendimento odontológico multidisciplinar de adolescente  
em situação de vulnerabilidade: Caso Clínico**

CAMPINA GRANDE - PB  
2021

RUTH CAVALCANTE E FERNANDES

**ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO MULTIDISCIPLINAR DE ADOLESCENTE EM  
SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE: Caso Clínico**

Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Raquel Christina Barboza Gomes.

Campina Grande  
2021

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

F363a Fernandes, Ruth Cavalcante e.  
Atendimento odontológico multidisciplinar de adolescente em situação de vulnerabilidade [manuscrito] : caso clínico / Ruth Cavalcante e Fernandes. - 2021.  
26 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2021.

"Orientação : Profa. Dra. Raquel Christina Barboza Gomes , Departamento de Odontologia - CCBS."

1. Assistência odontológica. 2. Prática odontológica associada. 3. Humanização da assistência. I. Título

21. ed. CDD 617.6

RUTH CAVALCANTE E FERNANDES

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO MULTIDISCIPLINAR DE ADOLESCENTE EM  
SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE: Caso Clínico

Trabalho de Conclusão de Curso em  
Odontologia da Universidade Estadual da  
Paraíba - UEPB, como requisito parcial à  
obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.  
Área de concentração: Odontologia.

Aprovada em: 08/10/2021.

**BANCA EXAMINADORA**

Raquel Cristina Barboza Gomes .

Prof. Dra. Raquel Christina Barboza Gomes (Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Criseuda Maria Benício Barros .

Prof. Dra. Criseuda Maria Benício Barros

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Renata de Souza Coelho Soares

Profa. Dra. Renata de Souza Coelho Soares

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

## RESUMO

O presente caso clínico foi realizado na clínica escola de odontologia da Universidade Estadual da Paraíba. Onde aplicou-se uma abordagem integrada e multidisciplinar, envolvendo as especialidades de periodontia, endodontia, dentística e cirurgia. Para além das técnicas odontológicas, o vínculo afetivo entre equipe, paciente e cuidador do adolescente se estabeleceu de forma natural e bastante forte a fim de que o tratamento pudesse levar a um melhor bem-estar físico, estético, social e psicológico, visto que trata-se de um paciente adolescente em condição de vulnerabilidade social e sua condição bucal o levava a ter dificuldades na socialização. A reabilitação trouxe bons resultados, pois houve boa colaboração também por parte do paciente. Contudo, o tratamento não pôde ser concluído completamente devido às adversidades causadas pela pandemia de COVID-19, que fizeram com que as atividades presenciais nas instituições fossem suspensas por quase dois anos, interrompendo a sequência clínica.

**Palavras-chave:** Assistência Odontológica. Prática Odontológica Associada. Humanização da Assistência.

## **ABSTRACT**

The present clinical case was carried out at the dental school clinic of the State University of Paraíba. Where an integrated and multidisciplinary approach was applied, involving the specialties of periodontics, endodontics, dentistry and surgery. In addition to dental techniques, the affective bond between the team, patient and caregiver of teenage was established in a natural and quite strong way so that the treatment could lead to better physical, aesthetic, social and psychological well-being, as it treats if an adolescent patient in a condition of social vulnerability and his oral condition led him to have difficulties in socialization. Rehabilitation brought good results, as there was also good cooperation from the patient. However, the treatment could not be completed completely due to the adversities caused by the COVID-19 pandemic, which caused on-site activities in the institutions to be suspended for almost two years, interrupting the clinical sequence.

**Keywords:** Dental Care. Partnership Practice, Dental. Humanization of assistance.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Fotografia extraoral frontal inicial.....	13
Figura 2 –	Aspecto radiográfico inicial, radiografia panorâmica.....	13
Figura 3 –	Aspecto radiográfico periapical inicial dos dentes 21, 11, 21 e 22. (A) dentes 12 e 11 com rarefação óssea sugestiva de lesão periapical. (B) Dente 21 com espessamento do ligamento periodontal e dente 22 com imagem radiolúcida circunscrita sugestiva de lesão periapical.....	14
Figura 4 –	(A) Imagem da prova radiográfica do cone principal, feita após preparo químico- mecânico dos canais. (B) Conclusão da obturação pela técnica da condensação lateral. Vê-se o cone principal, cones acessórios e cimento endodôntico. (C) Prova do pino de fibra de vidro, após desobturação do canal radicular, deixando 4mm de material mais apicalmente.....	14
Figura 5 –	Aspecto clínico após exodontia do dente 22.....	15
Figura 6 –	Aspecto clínico após desinfecção e restauração provisória do dente 12.....	15
Figura 7 –	Aspecto clínico após remoção de sutura da cirurgia de aumento de coroa clínico dos dentes 11, 12 e 21 .....	16
Figura 8 –	Sorriso ao espelho, após instalação dos pinos de fibra de vidro e restauração com RIVA .....	16

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha mãe, por tudo que representa de força, luta, perseverança, conquistas; pelo exemplo, pelo incentivo, por todo investimento e por não desistir ou desacreditar de mim.

Às mulheres da minha família, estas que percorreram caminhos que, sem dúvida, me influenciaram a estar concluindo esta longa etapa da minha vida chamada graduação.

Ao meu pai por me apoiar sempre.

Ao meu companheiro, que me acolheu e percorreu comigo cada etapa da vida e da Universidade, que esteve sempre a me incentivar, para que eu não desistisse (mais vezes). Que foi e é abrigo nos momentos necessários, que cresce junto comigo e a cada dia me influencia na busca de ser uma pessoa melhor.

Aos professores do Departamento de Odontologia que são exemplos de profissionais e estimulam nosso senso crítico, nossa capacidade de adaptação e nossa busca por aperfeiçoamento. Cada um à sua maneira, tem influência direta no norte profissional que desejo seguir.

A todos os colaboradores do Departamento, técnicos de prótese, secretárias, pessoal do apoio, todos são de fundamental importância na minha formação e passagem por este espaço.

Aos meus colegas de turma, por me direcionarem todas as vezes em que esqueci prazos, materiais e datas. Vocês foram fundamentais nesse processo! Obrigada a todos, em especial a minha dupla. Tinha que sermos nós duas, agradeço muito pela parceria nesses anos.

A mim mesma, que apesar de muitos conflitos internos estou concluindo algo muito importante. Que eu possa lembrar das dificuldades (principalmente mentais) que passei, para que nos próximos desafios eu possa encarar com menos receio e mais confiança. Que a impostora que em mim habita fique cada vez mais silenciosa até que eu não a escute.



## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	8
2	RELATO DO CASO .....	10
2.1	<i>Figuras</i> .....	15
3	DISCUSSÃO .....	20
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	23
	REFERÊNCIAS .....	24

## 1 INTRODUÇÃO

Um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a universalização, que garante a saúde de todas as pessoas independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais, cabendo ao Estado assegurar este direito (BRASIL, 1993). Entretanto, tem-se observado que nem sempre este princípio é colocado em prática, tendo em vista que algumas pessoas tem limitação de acesso aos serviços de saúde e desenvolvem doenças facilmente evitáveis, a exemplo da cárie dentária. A desigualdade social, não é uma questão exclusivamente econômica, mas de saúde pública e de educação (SOUZA; PINTO; FIORATI, 2019). Isso fica claro quando se observa que muitas condições e doenças bucais são também frutos da desigualdade social, o que faz com que as pessoas não tenham acesso à informação, à educação em saúde, à serviços de saúde, colocando-as em situação de vulnerabilidade.

A clínica integrada, presente em cursos de graduação em Odontologia, tem o objetivo de aprimorar nos alunos a capacidade de unir conhecimento adquirido com a base teórica à prática. Nesse momento, o aluno tem a oportunidade de aplicar a integração do cuidado odontológico, como o acolhimento, o planejamento, a educação em saúde e os procedimentos práticos odontológicos. (ARRUDA et al, 2010). O que se observa nas práticas clínicas é que as pessoas vêm com necessidades múltiplas favorecendo a união das mais diversas especialidades odontológicas, a exemplo da periodontia, endodontia, dentística, prótese e cirurgia.

Para os pacientes avaliados em uma clínica-escola de graduação, o contato humanizado e acolhedor é a característica mais fundamental que um cirurgião-dentista deve ter, sobrepondo até a exigência de habilidade técnica (Mota; Farias; Santos, 2012). Ou seja, faz-se necessário, além de se ter uma prática clínica baseada em evidências, ter um olhar humanizado, que considere o paciente e todas as subjetividades que traz consigo. Ainda há todo um imaginário coletivo em torno da ida ao dentista, muitas vezes gerando ansiedade e medo na população, porém são evidentes as mudanças que vêm ocorrendo, desde os primeiros anos de formação, com a proposta de tornar o atendimento mais humanizado. Perceber desconfortos requer um olhar atento ao paciente enquanto ser complexo e faz com que haja uma troca efetiva entre pessoa que recebe o cuidado e a que o pratica. Aplicar a

humanização vai fazer com que o profissional saiba quando será necessário, por exemplo, receitar ansiolíticos, perceber sinais e encaminhar para serviços especializados em saúde mental, fazer com que a linguagem seja clara/adaptada, vai fazer com que o paciente colabore com a manutenção do tratamento, enfim, só há consequências positivas na prática de um atendimento humanizado. Na graduação, professores das diversas áreas têm enfatizado a importância e estimulado essa prática, contribuindo para a formação de profissionais melhores (FERREIRA, 2019).

## 2 RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 15 anos de idade, foi trazido à clínica escola de odontologia da Universidade Estadual da Paraíba pelo responsável de um Serviço de Acolhimento, que abriga crianças e adolescentes que aguardam por processo de adoção. O responsável relatou que o adolescente havia sido resgatado e chegado à instituição recentemente, não falava muito, não queria comer e não socializava com os demais presentes no abrigo. Com o passar dos dias percebeu que seus dentes estavam “só os cacos” e este era o motivo pelo qual deixava de se alimentar, pois o contato com os alimentos causava dor. O aspecto também fazia com que ele evitasse falar e sorrir, colocando sempre a mão sobre a boca. Até então o adolescente vivia em um ambiente familiar abusivo e violento, onde esteve em situação de abandono parental, social, educacional e de saúde.

A primeira consulta aconteceu na Liga Acadêmica de Cirurgia, onde foi feita anamnese e solicitados exames complementares (radiográficos e laboratoriais) e fez-se uma fotografia inicial.

No exame clínico extraoral percebeu-se lacerações em região de pulsos, explicitando a prática de automutilação, confirmada pelo responsável. Este achado teve bastante importância na condução do caso, pois percebeu-se a necessidade de um manejo ainda mais acolhedor, tendo em vista o sofrimento psíquico que está por trás da ação de causar feridas físicas em si próprio.

Ao exame clínico intraoral observou-se: cálculos dentais nas superfícies linguais nos dente 32, 31, 42 e 41; cárie oclusal em dente 17; destruição coronária pela atividade de cárie no dente 16; lesões de cárie na cervical, na oclusal e na mesial do dente 14; cárie ativa na cervical do dente 13; grande destruição coronária no dente 12; grande destruição coronária no dente 11; grande destruição coronária no dente 21; palatinização e extensa destruição coronária do dente 22; lesão cariiosa em cervical e mesial de dente 23; lesão cariiosa oclusal em dente 24; cárie oclusal em dente 26; cárie oclusal em dente 27; lesão de cárie oclusal em dente 37; ausência do dente 36; ausência de dente 46 e cárie oclusal em dente 47.

As radiografias periapicais iniciais sugeriram ser possível o tratamento endodôntico dos dentes 12, 11 e 21, associado à especialidade de periodontia com o aumento de coroa clínica nestes mesmos dentes e à especialidade dentística com a reabilitação das coroas, sendo, desta forma, um caso complexo que envolveu diversas especialidades odontológicas.

Deu-se início à reabilitação pelos dentes 11 e 21, pelo fato de serem a principal queixa de sintomatologia dolorosa do paciente e área mais estética na harmonia do sorriso. Foi removido o tecido cariado de ambos com uso de caneta de alta rotação e broca esférica, nesta situação utilizou-se anestésico local (mepivacaína a 3% com vasoconstrictor), pois houve sintomatologia dolorosa durante a execução do procedimento. Por haver exposição da entrada dos condutos radiculares, aplicou-se Cimento de Hidróxido de Cálcio e a cavidade foi selada provisoriamente com Cimento de Ionômero de Vidro restaurador. Realizada também orientação de Higiene Oral (OHB) sempre durante as sessões e se salientou ao paciente a importância da colaboração do mesmo para que se obtivesse sucesso e durabilidade no seu tratamento.

Em sessão seguinte, foi realizada a exodontia do dente 16, que se encontrava com extensa destruição coronária, através de odontosecção do elemento e posterior síntese dos tecidos. No ato cirúrgico foram utilizados quatro tubetes de Mepivacaína a 3% com vasoconstrictor. O dente 22 também teve exodontia indicada pois encontrava-se palatinizado e com grande destruição coronária, não favorecendo qualquer tipo de movimentação ortodôntica futura. O procedimento cirúrgico foi realizado com apenas um tubete de mepivacaína a 3% com vasoconstrictor, o uso do fórceps 65 e síntese de tecido realizada com fio de seda - 03. Neste tempo cirúrgico também foi removido o fio de sutura do dente 16.

Em nova sessão clínica, removeu-se o fio de sutura do dente 22 e prosseguiu-se com remoção de tecido cariado do dente 12 utilizando-se broca esférica 1014. Tendo acesso ao conduto radicular, foi feita desinfecção com hipoclorito e a medicação intracanal utilizada foi o tricresol formalina. A cavidade foi selada provisoriamente com cimento de ionômero de vidro.

Para obter o diagnóstico pulpar, observou-se a grande lesão de cárie associada à destruição coronal e exposição da polpa; o resultado ao teste térmico de calor foi positivo e do teste frio foi negativo; o teste de cavidade teve resultado positivo. Ao se avaliar o exame radiográfico, observou-se um aumento do espaço do ligamento periodontal ligeiramente espessado; corroborando para o diagnóstico de pulpíte irreversível assintomática e o tratamento indicado é a remoção do tecido pulpar total (LOPES; SIQUEIRA, 2015). O tratamento, denominado necropulpectomia, consiste em remover os microorganismos patológicos que colonizam o sistema de canais radiculares, eliminando a infecção endodôntica. Para que haja o controle da infecção

é empregado o preparo químico-mecânico do conduto, com a finalidade de limpar, desinfecionar, ampliar e fazer sua modelagem. A ação mecânica atua removendo boa parte dos microorganismos, enquanto a ação química atua nas bactérias remanescentes da ação mecânica na forma de irrigação/aspiração no interior dos condutos (LOPES; SIQUEIRA, 2015). Todo o procedimento é realizado com os dentes isolados de forma absoluta ao meio bucal, para evitar novas colonizações bacterianas no interior do conduto, como também para que não se extravase a solução química usada no preparo (geralmente usa-se hipoclorito de sódio a 2,5%) para a cavidade bucal, causando danos aos tecidos moles circunvizinhos. A última etapa do tratamento endodôntico convencional é a obturação do conduto que objetiva ocupar o espaço antes ocupado pela polpa dental. Os materiais utilizados nesse preenchimento, geralmente são a guta-percha (polímero borrachoide com forma cônica) e o cimento endodôntico (que faz a união da guta-percha às paredes do preparo). A técnica usada nesta etapa foi a de condensação lateral, que se caracteriza por adaptar um cone de guta-percha padronizado (ou calibrado) e adicionar cones auxiliares ao redor deste cone principal, para que juntamente com o cimento, promova o completo preenchimento dos espaços vazios (LOPES; SIQUEIRA, 2015).

Enquanto nos dentes 11 e 21, simultaneamente, realizou-se preparo químico-mecânico. A medicação de escolha ao final desta ação foi o tricresol formalina e o selamento provisório foi feito com Cimento de Ionômero de Vidro. Em posterior sessão clínica foi realizada a obturação dos canais intrarradiculares destes dentes, usando a técnica de condensação lateral. Ao final, foi feito um novo selamento provisório com Cimento de Ionômero de Vidro.

Com o término dos tratamentos endodônticos em questão, deu-se início ao tratamento periodontal. Este inicia-se pela Fase 1, ou Terapia Periodontal Básica, não-cirúrgica, que consiste no controle do biofilme dental, raspagem e alisamento corono radicular e motivação do paciente (PERRY, 2011). Dessa forma, foi disponibilizada uma escova com características consideradas ideais (macia, cabeça curta e cabo longo) e foi ensinada a técnica Circular ou de Fones, a qual possibilita que não haja danos aos tecidos gengivais e não requer tanta destreza manual. Também se disponibilizou fio dental, ressaltando a importância do seu uso e ensinando-o a técnica correta, na qual o fio deve deslizar por entre as faces interproximais dos dentes. Esses procedimentos foram feitos nos inícios das sessões clínicas desde os primeiros contatos, pois ao final o paciente geralmente encontra-se cansado ou com dores e a

absorção não é eficaz. (PERRY, 2011). Devido à destruição das coroas nos dentes anteriores (12, 11 e 21), ao final dos respectivos tratamentos endodônticos fez-se necessário o procedimento cirúrgico de Aumento de Coroa Clínica, que é indicado quando o término do preparo fica subgingival e há invasão do espaço biológico, impossibilitando a adaptação adequada de material restaurador.

Para se alcançar o sucesso do tratamento restaurador, é necessário manter os tecidos periodontais marginais saudáveis e preservar o elemento dental, portanto faz-se necessário respeitar os fundamentos da biologia periodontal (LEMOS, 2002). Ou seja, manter as distâncias biológicas respeitadas, não permitindo a sua invasão. Define-se distâncias biológicas como a distância entre a crista óssea alveolar e a margem da gengiva livre, o que compreende sulco gengival, epitélio juncional e inserção conjuntiva. O espaço biológico compreende o epitélio juncional e a inserção conjuntiva. (FESTUGATTO et al, 2000). Allen (1993) verificou que a distância biológica pode ser comumente invadida durante o preparo subgingival de um dente para reparar cáries. Então, Baratieri et al (1993) concluíram que procedimentos dentais que invadem o espaço biológico requerem a execução de aumento de coroa clínico (ou seja, o restabelecimento das distâncias biológicas) com a finalidade de reconstituir o espaço biológico, onde se almeja obter acesso às margens do remanescente dental e viabilizar o adequado isolamento do campo operatório. Allen (1993) complementou que esse procedimento fornece a restauração adequada, por melhorar características retentivas, visto que aumenta o comprimento dental. Segundo Duarte e Amorim Lopes (2001), quando o aumento de coroa clínico se faz necessário, uma dimensão mínima de 3mm coronalmente da crista óssea alveolar até a margem gengival deverá ser obtida. Para que se permita o restabelecimento e a formação de um sulco gengival adequado à colocação da margem cervical da restauração. Desta maneira, não há agressão ao epitélio juncional e adquire-se o sucesso de tratamentos reabilitadores.

A cirurgia de aumento de coroa clínica, contudo, é recomendada somente quando o resultado da correção de invasão do espaço biológico em dentes anteriores não colocar a estética em risco. Para isso, faz-se necessário um bom planejamento de cada caso. (SCHUETZLER, 2008). Quando bem indicado e executado, o procedimento cirúrgico de aumento de coroa clínica, melhora características estéticas do sorriso e impacta positivamente na qualidade de vida, diminuindo um desconforto psicológico causado pela aparência dos dentes (SALES et al, 2019).

Nesta ocasião, também se realizou frenectomia labial superior para reposicionamento labial, visto que após o procedimento, o lábio ficou recobriria a cervical dos dentes, não contribuindo para a estética do sorriso nem para satisfatória higiene da região.

Em sessão clínica seguinte, foi feita a remoção de sutura e reforço na OHB para que os próximos passos no tratamento pudessem ser continuados.

Com o tecido gengival cicatrizado e recuperação do espaço biológico realizada, o que possibilita a reabilitação, deu-se sequência ao tratamento reabilitador dos dentes 11 e 21, que consistiu na instalação de pinos de fibra de vidro pré-fabricados. Estes são necessários quando há uma extensa destruição coronária e o dente é passível de reabilitação. Servem para reforçar a porção coronal, difundindo as tensões nesta para a porção radicular, e para proporcionar retenção para o material restaurador que será utilizado. Os núcleos metálicos fundidos podem apresentar-se em diferentes ligas metálicas e ainda são indicados por sua resistência e adaptação aos condutos radiculares. Porém, apresentam uma cor prateada, que não favorece a estética e necessitam de um tempo clínico aumentado para a sua confecção, além de induzirem concentrações de tensões no ápice das raízes. (TEÓFILO, 2015). Para superar essas características indesejadas, introduziu-se no mercado os pinos de fibra de vidro. Estes têm como vantagens: serem pré-fabricados, têm coloração semelhante à estrutura dentária, requerem menos desgaste de dentina intrarradicular, proporcionando um preparo mais conservador como também um tempo clínico menor. Outros aspectos positivos são que eles dispensam a fase técnico-laboratorial e apresentam técnica relativamente simples de ser executada. Sonkesriya et al (2015) observaram que estes materiais apresentavam maior resistência à fratura quando comparados com pinos metálicos. É imperativo que haja um remanescente apical de 4 milímetros de material obturador. Após instalado, é feito acréscimo em resina composta dando a forma desejada. Em 2009, Signori et al estudaram a eficácia clínica de pinos de fibra de vidro ao longo de 8 anos e consideraram satisfatória, sendo acima de 96% a eficácia observada.

. Nesta ocasião, foi realizada uma restauração provisória com Cimento de Ionômero de Vidro Modificado por Resina (RIVA), por não haver mais tempo clínico suficiente nesta sessão e tratava-se da última clínica do semestre 2019.2. Este material foi utilizado devido a suas boas propriedades mecânicas e estéticas e rápida execução.



O tratamento foi interrompido pelas férias coletivas e, posteriormente, pela pandemia de Covid-19, que causou a suspensão de todas as atividades presenciais na Instituição.

O planejamento para o semestre 2020.1 seria concluir o tratamento endodôntico do dente 12; restaurar com resina composta os dentes 12, 11 e 21; reanatomizar o dente 23; realizar exodontia de resto radicular do dente 46 (este só foi identificado em radiografia panorâmica que foi recebida apenas quando as exodontias necessárias já haviam sido realizadas); restaurar demais lesões cariosas; fazer preservação do caso.

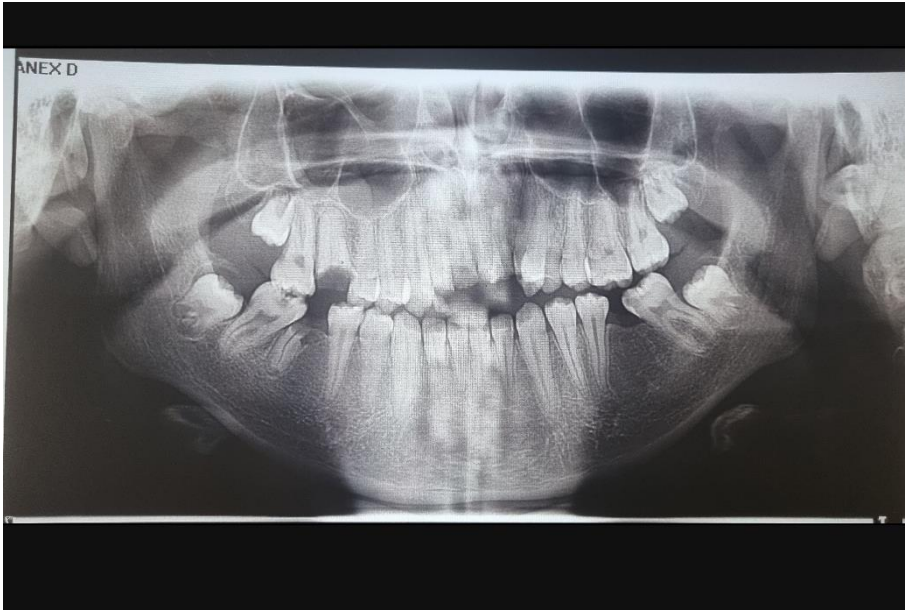
## 2.1 Figuras

**Figura 1** – fotografia extraoral frontal inicial.



**Fonte:** arquivo próprio, 2019.

**Figura 2** – aspecto radiográfico inicial, radiografia panorâmica.



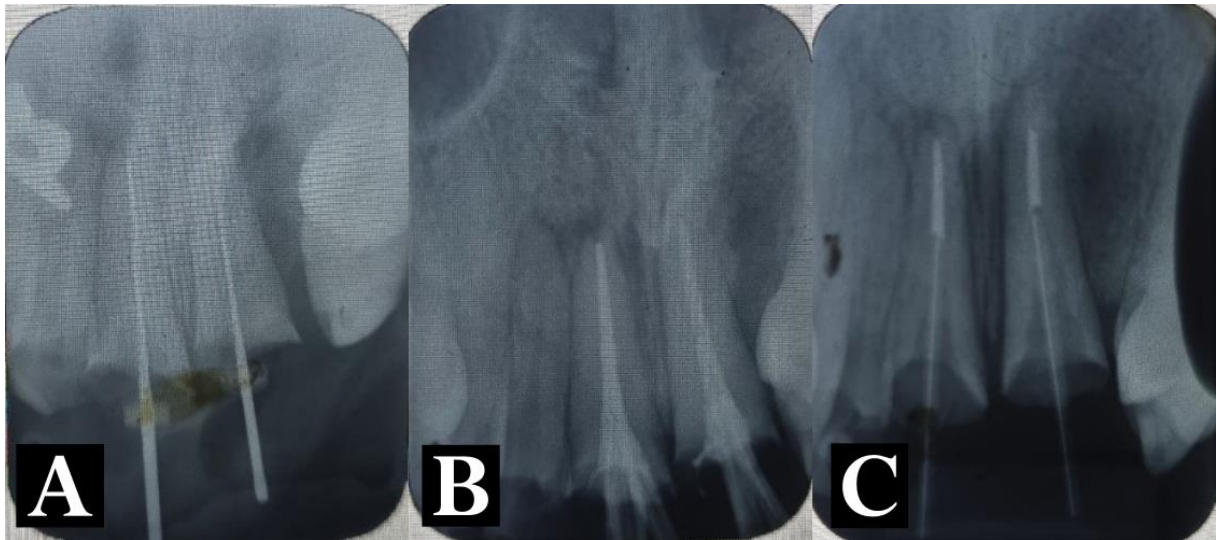
**Fonte:** arquivo próprio, 2019.

**Figura 3** – aspecto radiográfico periapical inicial dos dentes 21, 11, 21 e 22. (A) dentes 12 e 11 com rarefação óssea sugestiva de lesão periapical. (B) Dente 21 com espessamento do ligamento periodontal e dente 22 com imagem radiolúcida circunscrita sugestiva de lesão periapical.



**Fonte:** arquivo próprio, 2019.

**Figura 4** – (A) Imagem da prova radiográfica do cone principal, feita após preparo químico- mecânico dos canais. (B) conclusão da obturação pela técnica da condensação lateral. Vê-se o cone principal, cones acessórios e cimento endodôntico. (C) prova do pino de fibra de vidro, após desobturação do canal radicular, deixando 4mm de material mais apicalmente.



**Figura 5** – Aspecto clínico após exodontia do dente 22.



**Fonte:** arquivo próprio, 2019

**Figura 6** – Aspecto clínico após desinfecção e restauração provisória do dente 12.



Fonte: arquivo próprio, 2019

**Figura 7** – Aspecto clínico após remoção de sutura da cirurgia de aumento de coroa clínico dos dentes 11, 12 e 21.



Fonte: arquivo próprio, 2019

**Figura 8** – Sorriso ao espelho, após instalação dos pinos de fibra de vidro e restauração com RIVA.



**Fonte:** arquivo próprio, 2019

### 3 DISCUSSÃO

A evolução da odontologia tem trazido uma atualização na formação acadêmica, na qual adota-se uma integração da Clínica Odontológica, onde outrora se estratificava, com o ensino das diversas especialidades sendo repassado isoladamente. Cada vez mais reforça-se a necessidade da assistência integral à saúde do paciente, não focando apenas na condição em determinado dente ou região bucal. Desta forma, facilita-se o planejamento, se favorece a adesão do paciente ao tratamento, fortalece-se o vínculo afetivo e utiliza-se diversos meios para promover o bem-estar geral do paciente. (MELO et al, 2015). O caso em discussão favoreceu a aplicação dessa integração do cuidado, pois envolveu diversas especialidades odontológicas. Sendo tecnicamente complexo, houve a aplicação do atendimento humanizado para com o paciente por parte de toda a equipe, o qual preconiza considerar os aspectos físicos, sociais e psicológicos, e fazer com que o paciente se sinta parte no seu tratamento e não apenas um receptor passivo. (FERREIRA, 2019). Houve um estudo que avaliou as consequências da integração em diferentes áreas da saúde e seus impactos positivos. No âmbito do atendimento à comunidade nas clínicas odontológicas universitárias, o resultado tende a ser de profissionais generalistas com mais apurado senso crítico e criativo, que atenderão a demandas sociais, quando no mercado de trabalho (MENDES et al, 2020). A assistência interdisciplinar se faz necessária não apenas no sentido que envolve as diversas áreas odontológicas, mas também conhecimentos sociais, genéricos, culturais. Desta forma pode-se atuar diretamente no controle do medo e ansiedade do paciente, visto que no contexto atual a odontologia deixa de ter caráter mutilador e tem uma prática mais conservadora e minimamente invasiva. É importante atuar de forma humanizada para mudar um imaginário coletivo ainda muito presente nas pessoas que é o “medo de dentista”.

Nossa sociedade é marcada pela desigualdade social, que não se trata apenas de demanda econômica, mas de saúde pública e de educação, fazendo-se necessário que o profissional se atente aos determinantes sociais de saúde, vulnerabilidade social, iniquidades e seus impactos no desenvolvimento humano (SOUZA; PINTO; FIORATI, 2019). A realidade vivenciada pelo paciente em questão foi muito difícil visto que sofreu e também presenciou situações de abuso praticados contra si e contra sua irmã, em um contexto familiar e social complexo, de bastante vulnerabilidade, fatos relatados pelo responsável. A visualização das lesões autoprovocadas em seus

punhos era preocupante. Em geral, ele se esforçava para recobrir as feridas, usando sempre casacos ou camisas de mangas compridas e negava a automutilação dizendo que se cortara, mas não lembrava onde. De imediato imaginou-se que ao término do tratamento, com a saúde e estética bucal restabelecidas, o paciente teria também uma melhor qualidade de vida, melhorando sua autoestima e sua socialização. Ademais, também se enfatizou a importância do acompanhamento psicológico para este adolescente e o responsável conseguiu este atendimento também na clínica-escola da mesma instituição.

Em estudo realizado em 2020 sobre automutilação em adolescentes, Moreira et al afirmam que “As funções da automutilação mais adotadas pelos adolescentes são as de Reforço Automático positivo (sentir alguma coisa, gerar sentimentos) e Reforço Automático Negativo (regular emoções negativas, como raiva, angústia, medo)”. Apesar de não ter formação em saúde mental, fez-se o possível no atendimento para que o paciente se sentisse acolhido, adaptando a linguagem, contando histórias, ouvindo-o, explicando sempre os procedimentos antes da execução e adquirindo confiança e colaboração por parte do paciente. A automutilação em adolescentes é uma questão de saúde pública mundial atualmente, com altas taxas em diversos países. (MOREIRA et al, 2020).

Em virtude da pandemia, não foi possível prosseguir o caso. Nas sessões clínicas seguintes planejava-se realizar o tratamento endodôntico do dente 12 e restaurá-lo; remover cáries e restaurar respectivas lesões nos dentes: 17, 14, 13, 23, 24, 26, 27, 37 e 47; remover fragmento de raiz identificado em uma radiografia panorâmica que só foi recebida após as exodontias anteriores já terem sido realizadas e acompanhar o caso periodicamente.

Aproximadamente no final do ano de 2020, surpreendi-me com uma matéria exibida em um jornal local que mostrava o adolescente em questão. Uma professora havia descoberto em suas redes sociais e verificou que ele produzira diversos vídeos nos quais ele era o ator, roteirista, diretor e editor. Destacava-se na matéria este dom para as artes cênicas mesmo com tão pouca estrutura material e física. A mim, além da alegria de apreciar esse dom artístico, me emocionou imensamente ver aquele sorriso restaurado pela equipe, mesmo este sendo em restaurações provisórias, na TV aberta mais de um ano após ter notícias do mesmo. Tive a certeza de que houve uma mudança significativa daquele que chegou-nos cobrindo a boca para aquele que pude presenciar dando um largo sorriso e que a odontologia tem esse dom de

promover mudanças reais não somente na saúde bucal, mas na saúde mental, na autoestima, no convívio social das pessoas.



#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao fim deste trabalho, fica evidente a importância da humanização na assistência odontológica, pois faz-se necessário acolher o paciente enquanto um ser complexo, que traz consigo todas as suas subjetividades geradas a partir de experiências e do seu entendimento individual. É importante ter um olhar para além da saúde bucal, pois a odontologia é uma ciência que possibilita mudança de vida, interferindo diretamente na autoestima e, conseqüentemente, na saúde mental das pessoas. O acolhimento profissional determina a boa experiência que acompanhará o indivíduo durante o tratamento e posteriormente a este.

Praticar a integração no atendimento odontológico na graduação é muito importante, visto que é muito raro que um paciente chegue com necessidade de apenas um procedimento isolado. A aplicação de conhecimentos técnicos de várias especialidades é rotina na profissão e este caso serviu como exemplo.

Este foi um desafio técnico, onde colocou-se em prática diversas especialidades odontológicas, mas que gerou muito envolvimento e satisfação a cada evolução, demonstrando o quanto a odontologia é uma ciência complexa e encantadora, literalmente responsável por devolver sorrisos onde antes se levava a mão à frente da boca para poder falar.

## REFERÊNCIAS

ALLEN, E. P. Surgical Crown Lengthening for function and esthetics. **Dent Clin North A.** Dallas, v. 37, n. 2, p.163-179, April, 1993. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8477863/>. Acesso em 17 set. 2021.

ARRUDA, W. B. de. *Et al.* Clínica integrada: o desafio da integração multidisciplinar em odontologia. **Revista da Faculdade De Odontologia – UPF.** Passo Fundo, v. 14, n 1, 2010. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/680>. Acesso em: 17 set. 2021.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 18 set. 2021.

FERREIRA, A. M. **Humanização na odontologia: uma revisão da literatura.** 2019. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/25543/3/Humaniza%c3%a7%c3%a3o%20OdontologiaRevis%c3%a3o.pdf>. Acesso em: 09 set. 2021.

FESTUGATTO, F. E.; DAUDT, F. A.; ROSING, C. K. Aumento de coroa clínica: comparação de técnicas de diagnóstico de invasão do espaço biológico do periodonto. **Revista de Periodontia**, São Paulo, v. 9, n. 01, p.42-49, jan/jun. 2000. Disponível em: <https://silo.tips/download/bem-vindo-revista-periodontia-janeiro-junho-2000>. Acesso em 08 set. 2021.

LOPES, H. P.; SIQUEIRA JÚNIOR, J. F. **Endodontia: biologia e técnica.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

LOPES, J. C. A.; LOPES, R. R. Relação entre posição da margem do retalho após a sutura e a dimensão do espaço biológico neoformado. **Revista de Periodontia**, São Paulo, v. 11, n. 03, p. 36-40, junho. 2001. Disponível em: <http://www.interativamix.com.br/SOBRAPE/arquivos/2001/PERIODONTIA%20-%20VOLUME%2011%20-%20N%C2%B0%2003%20-%20JUNHO%20-%202001%20ok.pdf>. Acesso em: 08 set. 2021.

LOPES, J. C. A.; LOPES, R. R. Reparação periodontal após cirurgia de aumento de coroa clínica por meio de instrumentais manuais e rotatórios. **Revista de Periodontia**, São Paulo, v. 10, n. 02, p. 11-16, março. 2001. Disponível em: [http://www.interativamix.com.br/SOBRAPE/arquivos/2015/junho/REVPERIO\\_JUNHO\\_2015\\_PUBL\\_SITE\\_PAG-55\\_A\\_59.pdf](http://www.interativamix.com.br/SOBRAPE/arquivos/2015/junho/REVPERIO_JUNHO_2015_PUBL_SITE_PAG-55_A_59.pdf). Acesso em: 13 set. 2021.

MELO, A. R. S. de. *et al.* RECONSTRUÇÃO DE DENTES SEVERAMENTE DESTRUÍDOS COM PINO DE FIBRA DE VIDRO. **Odontologia Clínico-científica (Online)**. Recife, v. 14, n. 3. Jul./Set. 2015. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-38882015000300009](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882015000300009). Acesso em: 12 set. 2021.

MENDES, T. de. M. C. *et al.* Contributions and Challenges of teaching-service-community integration. **Texto contexto - enferm.** Natal, v. 29, n. 3. Jan./Dez. 2020. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072020000100312](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000100312). Acesso em: 17 set. 2021.

MOREIRA, E. de. S. *et al.* Automutilação em adolescentes: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva.** Goiânia, v. 25, n. 10. Out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wPwWMvcVYbbsF9MJWKF57zp/?lang=pt>. Acesso em 11 set. 2021.

MOTA, L. de. Q.; FARIAS, D. B. L. M.; SANTOS, T. A. dos. Humanização no atendimento odontológico: acolhimento das subjetividades dos pacientes atendidos por alunos de graduação em odontologia. **Arquivos em Odontologia.** Belo Horizonte, v. 48, n. 3. Jul./Set. 2012. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-09392012000300005](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-09392012000300005). Acesso em: 18 set. 2021.

PERRY, D. A. Controle de placa para o paciente periodontal. *In*: CARRANZA, F. A. *et al.* **Periodontia clínica.** 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 1147-1179.

SALES, G. B. *et al.* Impacto na qualidade de vida de cirurgia de aumento de coroa clínica em área estética associada ou não à laserterapia de baixa intensidade. **Braz J Periodontol**, Patos, v. 29, n. 3, p. 07-15. jun. 2019. Disponível em [http://www.interativamix.com.br/SOBRAPE/arquivos/2019/setembro/REVPERIO\\_S ETEMBRO 2019 PUBL SITE PAG-07 A 15%20-%2017-10-2019.pdf](http://www.interativamix.com.br/SOBRAPE/arquivos/2019/setembro/REVPERIO_S ETEMBRO 2019 PUBL SITE PAG-07 A 15%20-%2017-10-2019.pdf). Acesso em 09 set. 2021.

SCHUETZLER, L. **Correção da invasão de espaço biológico em região anterior: Tracionamento ortodôntico ou cirurgia de aumento de coroa clínica.** 2008. 35 f. Trabalho de conclusão (Especialização) — Curso de especialização em Periodontia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em <http://tcc.bu.ufsc.br/Espodonto281470.PDF>. Acesso em: 08 set. 2021.

SIGNORE A. *et al.* Long-term survival of endodontically treated, maxillary anterior teeth restored with either tapered or parallel-sided glass-fiber posts and full-ceramic crown coverage. **Journal of Dentistry.** Genoa, v. 37, n. 2, p. 115-121. fev. 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300571208002790?via%3Di hub>. Acesso em: 11 set. 2021.

SONKESRIYA, S. *et al.* An In Vitro Comparative Evaluation of Fracture Resistance of Custom Made, Metal, Glass Fiber Reinforced and Carbon Reinforced Posts in Endodontically Treated Teeth. **J Int Oral Health.** Belgaum, v. 7, n. 5, p 53-55. mai. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441238/>. Acesso em: 10 set. 2021.

SOUZA, L. B. de.; PINTO, M. P. P.; FIORATI, R. C. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. **Cad. Bras. Ter. Ocup.** Ribeirão Preto, v. 27, n. 2. Abr./Jun. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/yLRT3x4JrDbH6T4djNw95DR/?lang=pt>. Acesso em 16 set. 2021.

TEÓFILO, L. T.; ZAVANELLI, R. A.; QUEIROZ, K. V. de. Retentores Intra-radiculares: Revisão de Literatura. **Revista Ibero-americana de Prótese Clínica e Laboratorial**, Goiânia, v. 7, n. 36, p. 189-193. mai. 2004. Disponível em: <https://www.dtscience.com/wp-content/uploads/2015/11/Retentores-Intra-radiculares-Revis%C3%A3o-de-Literatura.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.