

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

FERNANDA ZAGO ANTONIAZZI

ABORDAGEM INTEGRADA NA REABILITAÇÃO ESTÉTICO-FUNCIONAL:
RELATO DE CASO CLÍNICO

Porto Alegre

2015

FERNANDA ZAGO ANTONIAZZI

ABORDAGEM INTEGRADA NA REABILITAÇÃO ESTÉTICO-FUNCIONAL:
RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Herrmann Coelho-de-Souza

Porto Alegre

2015

CIP - Catalogação na Publicação

Antoniuzzi, Fernanda Zago

Abordagem integrada na reabilitação estético-funcional: relato de caso clínico / Fernanda Zago Antoniuzzi. -- 2015.

49 f.

Orientador: Fábio Herrmann Coelho-de-Souza.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Odontologia. 2. Clínica integrada. 3. Reabilitação. 4. Saúde bucal. I. Coelho-de-Souza, Fábio Herrmann, orient. II. Título.

Dedico esta vitória aos meus amados pais – meus mentores, amigos, exemplos de garra e dedicação – por estarem sempre ao meu lado, incentivando, investindo e torcendo pelo meu crescimento pessoal e intelectual; aos meus queridos dindos, que muito me apoiaram a iniciar a Faculdade de Odontologia; e a minha fiel companheira Olivia.

RESUMO

ANTONIAZZI, F. Z. **Abordagem integrada na reabilitação estético-funcional**: relato de caso clínico. 2015. 49f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Na prática odontológica, a abordagem integrada na condução de casos de reabilitação estético-funcional é essencial, uma vez que o restabelecimento da saúde bucal depende do equilíbrio entre diversos fatores. Este estudo tem por objetivo relatar o caso clínico de uma paciente atendida nas Clínicas Odontológicas II, III e IV, na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A partir de uma conduta conservadora, o planejamento contemplou o tratamento da atividade de doença cárie e periodontal, a reabilitação dos dentes com condições de serem mantidos e a reabilitação protética com prótese total superior e prótese parcial removível inferior. Pode-se concluir que a abordagem em Clínica Integrada é fundamental para a verdadeira reabilitação estético-funcional nos pacientes, considerando o tratamento das doenças e recuperação das sequelas.

Palavras-chave: Odontologia. Clínica integrada. Reabilitação. Saúde bucal.

ABSTRACT

ANTONIAZZI, F. Z. **Integrated treatment in esthetic and functional rehabilitation:** a case report. 2015. 49f. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

In Dentistry's practice, the integrated treatment is essential on the management of aesthetic and functional rehabilitation cases, since the restoration of oral health depends on the balance between several factors. This study aims to report the clinical case of a patient treated in Dental Clinics II, III and IV, at the Faculty of Dentistry of Federal University of Rio Grande do Sul. From a conservative management, the planning included the treatment of caries and periodontal diseases, rehabilitation of teeth with conditions to be maintained and prosthetic rehabilitation with upper complete denture and lower partial removable denture. It can be concluded that the Integrated Clinic's management is fundamental for the real aesthetic and functional rehabilitation in patients, considering the treatment of illness and rehabilitation of sequelae.

Keywords: Dentistry. Integrated clinic. Rehabilitation. Oral health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1	REFORMA CURRICULAR DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA	9
2.2	CLÍNICA ODONTOLÓGICA INTEGRADA	10
2.3	ODONTOLOGIA ATUAL	10
2.4	RELAÇÃO ENTRE A SAÚDE SISTÊMICA E ORAL	12
2.4.1	HIV/AIDS	12
2.4.2	Tabagismo	14
3	RELATO DO CASO CLÍNICO	16
3.1	ANAMNESE E DIAGNÓSTICO	16
3.2	PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO	18
3.2.1	Adequação do meio bucal	19
3.2.2	Preparo pré-protético	20
3.2.3	Fase protética	22
3.2.4	Manutenção periódica preventiva	23
4	DISCUSSÃO	24
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
	REFERÊNCIAS	31
	FIGURAS	35
	APÊNDICE - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO	48
	ANEXO - CONTAGEM LINFÓCITOS T CD4+ E CARGA VIRAL	49

1 INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, a partir da compreensão de que o organismo humano funciona de modo dinâmico e seus processos orgânicos estão interligados, a atenção em saúde está sendo abordada cada vez mais de forma multidisciplinar. Dentro da Odontologia, área da saúde humana responsável pelo sistema estomatognático, ocorre o mesmo, a partir da interação entre as diversas áreas que a compõe (CHAPPER; GOLDANI, 2004). Desta forma, possibilita-se a complementação de conhecimentos, que sejam aplicados em um plano de tratamento que englobe todas as necessidades do paciente, viabilizando seu atendimento integral. Os benefícios da abordagem terapêutica integral são tanto do paciente quanto do profissional, pela possibilidade de alcançar um alto índice de satisfação e sucesso através da busca do restabelecimento total da saúde bucal e geral do paciente (COELHO-DE-SOUZA et al., 2009).

A abordagem multidisciplinar é fundamental no processo de reabilitação estético-funcional na Odontologia, pois o restabelecimento total da saúde oral depende do equilíbrio entre diversos fatores (PINI; KHOURY; PASCOTTO, 2010). Cada área da Odontologia é responsável por funções específicas dentro de um plano de tratamento em conjunto, trazendo enormes benefícios ao paciente que é reabilitado integralmente (SHINKAI; DEL BEL CURY, 2000).

É primordial que, desde a sua formação acadêmica, o Cirurgião-Dentista seja estimulado a raciocinar de forma generalista, aprendendo a realizar o diagnóstico, planejamento e tratamento em saúde bucal de forma integral, sempre compreendendo o paciente além da sua cavidade oral, já que os processos orgânicos que determinam a condição de saúde sistêmica e bucal refletem-se mutuamente (FERREIRA et al., 2012). Mesmo que futuramente ele atue sob uma área específica da Odontologia, a experiência em atendimento integral irá facilitar o planejamento terapêutico de seus pacientes, assim como a comunicação com Cirurgiões-Dentistas das demais especialidades e profissionais de diferentes áreas da saúde (CHAPPER; GOLDANI, 2004).

O presente trabalho tem como objetivo apresentar o relato de caso clínico de uma paciente que foi atendida nas Clínicas Odontológicas II, III e IV da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FO/UFRGS). A Clínica Odontológica Integrada será o tema principal deste estudo, sendo também abordada a relação entre saúde sistêmica e oral. Serão descritas a história clínica e odontológica da paciente, exames clínicos odontológicos, diagnóstico estabelecido, necessidades de tratamento envolvendo diversas

áreas da Odontologia, o plano de tratamento proposto, o registro fotográfico de algumas etapas de atendimento e o resultado final alcançado, a partir da realização de seu tratamento integral no âmbito da Odontologia.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura descrita a seguir engloba a reforma curricular dos Cursos de Odontologia, com a instituição da disciplina de Clínica Odontológica Integrada. A concepção da Odontologia atual e a relação entre a saúde sistêmica e oral também serão discutidas.

2.1 REFORMA CURRICULAR DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA

O ensino da Odontologia tradicional tinha ênfase na cura das doenças instaladas e delimitadas à cavidade oral. Dava-se pouca atenção ao estado de saúde geral do paciente, tampouco à prevenção, promoção e educação em saúde bucal. Os demais aspectos que fazem parte do perfil do paciente, como o social, cultural e econômico, também eram pouco relevantes aos profissionais (MOYSÉS et al., 2003; COELHO-DE-SOUZA et al., 2009; FERREIRA et al., 2012).

Atualmente, partindo da nova concepção do processo saúde e doença, prevenir, promover e educar em saúde oral tornou-se o principal objetivo da Odontologia, assim como intervir da forma mais conservadora quando necessário (CHAPPER; GOLDANI, 2004; COELHO-DE-SOUZA et al., 2009).

Assim sendo, o ensino odontológico deve preparar o aluno para o desempenho da sua vida profissional com uma visão integrada, tornando-o capaz de estabelecer o diagnóstico de seu paciente e executar completamente o plano de tratamento proposto. A Universidade, como espaço de formação, tem fundamental responsabilidade na qualidade dos profissionais que dela egressam e na sua adequação para o contexto atual de saúde (POI et al., 1997).

Em 2002, ficou estabelecido, a partir das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Odontologia, que o Cirurgião-Dentista deve ter formação técnica e científica, associada ao raciocínio generalista e humanista. A educação humanizada na Odontologia propicia a formação de profissionais preparados para enfrentar as reais necessidades da população de forma efetiva, possibilitando que o Cirurgião-Dentista exerça um papel transformador na sociedade (MOYSÉS et al., 2003).

No ano de 2005, o currículo da FO/UFRGS sofreu modificações baseadas nas novas DCNs, instituindo como disciplinas obrigatórias as Clínicas Odontológicas Integradas I, II, III e IV. O Projeto Pedagógico de Curso de 2014/1 prevê a formação de Cirurgiões-Dentistas generalistas, capazes de exercer a Odontologia dentro do novo contexto de saúde vigente.

2.2 CLÍNICA ODONTOLÓGICA INTEGRADA

Durante a vivência clínica do aluno, a disciplina de Clínica Odontológica Integrada visa a formação do Cirurgião-Dentista generalista, a partir do desenvolvimento da capacidade de diagnosticar, planejar e avaliar casos clínicos (POI et al., 1997). Ela propicia que o aluno desenvolva a capacidade de unir o conhecimento teórico ao prático, integrando-os de forma lógica, com a finalidade de executar a maioria dos procedimentos clínicos odontológicos de maneira ordenada. Dentro deste novo contexto pedagógico, o aluno capaz de unir conhecimentos, habilidades e valores ficará melhor preparado e capacitado para sua futura prática clínica profissional (ARRUDA et al., 2009).

De acordo com o projeto Pedagógico do Curso de Odontologia da FO/UFRGS (2014), no decorrer das Clínicas Odontológicas I, II, III e IV, o aluno é ensinado e estimulado a diagnosticar e planejar de forma integral, aprendendo a colocar em prática o raciocínio generalista. É preciso capacitá-lo a traçar um plano de tratamento lógico que englobe todas as necessidades do paciente. Idealmente, cada paciente deve ser integralmente atendido pelo mesmo aluno, que irá acompanhá-lo até que seu tratamento esteja finalizado, sempre sob orientação e supervisão dos docentes de diferentes especialidades odontológicas. Conforme ganha experiência, o futuro profissional irá participar de atividades clínicas em níveis de complexidade crescente, como instrumento de aquisição de habilidades e competências. Para isso, é fundamental oportunizar que o aluno vivencie experiências interdisciplinares distintas, ou seja, participe de casos clínicos diversos (POI et al., 2006).

A interdisciplinaridade traz a presença da Psicologia no preparo e no acompanhamento dos alunos que estão iniciando a fase clínica na FO/UFRGS. O aluno, que pela primeira vez está se deparando com pacientes sob seus cuidados e responsabilidades inerentes ao atendimento clínico, passa por situações que naturalmente trazem ansiedades. Brodski et al. (2010) relataram que a Psicologia na Clínica Odontológica Integrada promove o compartilhamento de experiências e problemas vivenciados pelos alunos, para que soluções sejam geradas em equipe, além de trazer conhecimentos sobre a importância do vínculo entre o profissional e o paciente.

2.3 ODONTOLOGIA ATUAL

O exercício da Odontologia deve ser baseado nos conhecimentos científicos vigentes, com o uso de técnicas padronizadas nas intervenções clínicas. Além disso, no contexto atual de

saúde, é essencial que o Cirurgião-Dentista transcenda a habilidade técnica, passando a compreender o paciente além da sua cavidade oral, atentando também para sua saúde geral e demais aspectos que formam cada pessoa em sua totalidade, como o perfil social, cultural e econômico. A anamnese permite conhecer o paciente, sendo fundamental que o profissional de saúde ouça as queixas e expectativas deste, estando sempre aberto ao diálogo. Para completar o perfil profissional, é ideal que o Cirurgião-Dentista tenha conhecimentos administrativos, como também de trabalho em equipes multidisciplinares (MILANI, 2003; BALLESTER et al., 2010).

A Odontologia atual trabalha de modo a proporcionar prevenção, promoção e educação em saúde bucal. Quando são necessárias intervenções, a abordagem deve primar por ser conservadora, preservando o máximo possível as estruturas sadias do paciente. A conscientização sobre a importância da saúde oral e educação para o autocuidado do paciente são essenciais no processo de recuperação e manutenção de saúde, assim como são determinantes para o sucesso de qualquer procedimento odontológico, refletindo diretamente no sucesso do trabalho técnico do Cirurgião-Dentista. A nova formação acadêmica visa reformular o conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas, mas também objetiva que estes informem e eduquem seus pacientes para a melhora da saúde bucal da população (GARCIA; CORONA; VALSECKI JUNIOR, 1998; MIALHE; SILVA, 2011; COELHO-DE-SOUZA et al., 2012).

A partir da anamnese e exames do paciente, o profissional irá identificar sinais e sintomas. Com estes dados, torna-se possível a elaboração do diagnóstico e do provável prognóstico do caso. A partir disso, será realizado o plano de tratamento, que se constitui na busca terapêutica para solucionar os problemas de saúde oral do paciente. Este planejamento irá guiar as consultas e procedimentos. Portanto, sua confecção tem extrema importância antes de iniciar qualquer atividade clínica. O manejo do caso pelo Cirurgião-Dentista precisa incluir imprevistos, assim como a reavaliação do plano de tratamento sempre que necessário. No decorrer das consultas, pode haver a necessidade de alterações no planejamento inicial, já que determinadas etapas são pré-requisitos para as subseqüentes (MILANI, 2003; COELHO-DE-SOUZA et al., 2012).

Na elaboração do planejamento, existe uma ordem de prioridades para que o tratamento transcorra de forma lógica, eficaz, segura e econômica. Conforme COELHO-DE-SOUZA et al. (2012), o atendimento necessariamente deve iniciar por procedimentos de urgência. Em seqüência, faz-se o controle da atividade das doenças cárie e periodontal, como também se realiza o selamento de cavidades retentoras de placa que dificultam o autocuidado do

paciente. Seguem-se com os procedimentos cirúrgicos, tratamentos endodônticos e reabilitadores, que englobam próteses e restaurações estéticas. Após concluídos os procedimentos e realizada a reavaliação do tratamento, é fundamental que o paciente retorne para re-consultas regulares, que constituem a manutenção periódica preventiva (MPP). Estas consultas são essenciais para o acompanhamento do caso, onde o paciente sempre será examinado para fins de prevenção, checagem dos tratamentos concluídos, identificação de novas necessidades, reorientações e intervenções quando houver necessidade. Entre as vantagens da MPP, estão a menor chance de recidiva de doenças já tratadas e a redução da necessidade de novos procedimentos invasivos. A esporadicidade destas consultas deve ser determinada pelo Cirurgião-Dentista de acordo com as características clínicas de cada paciente. É recomendável que o paciente retorne de um a três meses depois de concluído o plano de tratamento (CAVALHEIRO; RÖSING, 2009)

2.4 RELAÇÃO ENTRE A SAÚDE SISTÊMICA E ORAL

Algumas doenças sistêmicas têm manifestações na cavidade oral, e, muitas vezes, a percepção de uma alteração bucal leva à investigação da patologia sistêmica. O Cirurgião-Dentista deve ter conhecimento das principais doenças com repercussões na cavidade oral, entre elas: HIV/AIDS, tabagismo, etilismo e diabetes (RIBEIRO, 2012).

2.4.1 HIV/AIDS

Uma das patologias sistêmicas que atinge a população em níveis pandêmicos e pode ter muitas manifestações orais é a Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS). A AIDS é a manifestação clínica avançada da infecção pelos Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Esta doença ataca o sistema imunológico, levando a uma imunossupressão progressiva, o que resulta em uma maior suscetibilidade do indivíduo a infecções oportunistas e neoplasias malignas (CORRÊA; ANDRADE, 2005; GASPARIN et al., 2009). Os pacientes portadores do vírus HIV necessitam de cuidados multidisciplinares que incluem a Odontologia, sendo de extrema importância que o Cirurgião-Dentista saiba como podem se apresentar as alterações bucais mais frequentes nestes pacientes (SILVEIRA, 2008). O Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (2014) afirma ser comum que estes pacientes apresentem coinfeções com outras doenças, como as hepatites B e C e a tuberculose, o que debilita ainda mais o paciente.

De acordo com Villaça e Machado (2004), as manifestações orais podem ser o primeiro sinal clínico da infecção pelo HIV. Ao se deparar com sinais e sintomas sugestivos da infecção pelo vírus HIV na cavidade oral, o Cirurgião-Dentista tem o dever de encaminhar o paciente para investigação médica, o que contribui para o diagnóstico precoce da doença. Corrêa e Andrade (2005) afirmam que algumas doenças orais são mais comuns em pacientes infectados pelo HIV, entre elas estão: candidíase, queilite angular, gengivite ulcerativa necrosante (GUNA), periodontite ulcerativa necrosante (PUNA), herpes simples, leucoplasia pilosa, sarcoma de Kaposi, linfoma não-Hodking, lesões ulceradas e xerostomia.

Discacciati e Vilaça (2001) relatam que alguns profissionais de saúde ainda não se sentem preparados para atender portadores do vírus HIV, principalmente quando estes já apresentam complicações clínicas, e muitas vezes acabam evitando o atendimento por discriminação, medo ou desinformação. Segundo o Manual de Condutas Odontológicas em Tempos de AIDS, elaborado pelo Ministério da Saúde (2000), o tratamento odontológico de pacientes infectados pelo HIV não é mais complexo que o de qualquer outro paciente. O recomendado é que se tomem as precauções universais de biossegurança, idênticas para qualquer outro paciente em atendimento. O Cirurgião-Dentista exerce o papel de recuperação e manutenção da saúde bucal, contribuindo para melhoria da qualidade de vida destes pacientes (CORRÊA; ANDRADE, 2005).

De acordo com o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (2014), para monitorar a evolução e a resposta ao tratamento anti-retroviral do paciente infectado pelo HIV, realiza-se dois principais exames de rotina: a contagem de linfócitos T CD4+ e a carga viral.

Segundo a Unidade de Assistência e Unidade de Laboratório da Coordenação Nacional de DST/Aids, a contagem de células T CD4+ é considerada alterada quando está abaixo de 500 células/mm³ (ou < 24-28%). Pacientes com contagem abaixo de 200 células/mm³ (ou < 14-16%) apresentam um risco bastante aumentado para infecções oportunistas. Quadros de imunodeficiência grave e infecções disseminadas são observados quando a contagem é abaixo de 50-100 células/mm³ (ou < 5-10%). A carga viral é muito útil para avaliar a progressão da doença e determinar a eficácia dos anti-retrovirais, pois existe uma relação direta entre a quantidade de vírus HIV detectada e a rapidez com que a infecção progride.

É fundamental que o Cirurgião-Dentista assegure-se de que o paciente portador do vírus HIV realiza acompanhamento médico e tratamento continuado. É importante solicitar a conferência destes exames e saber interpretá-los para ter ciência do nível de controle da doença em cada paciente, conseqüentemente do seu nível de resposta imunológica. É indicada

a interação multidisciplinar entre a Odontologia e a Medicina para a condução destes casos (CORRÊA; ANDRADE, 2005).

Conforme o Manual de Condutas Odontológicas em Tempos de AIDS (BRASIL, 2000), a necessidade de profilaxia antibiótica em pacientes HIV/AIDS para endocardite bacteriana precedendo o tratamento odontológico deve ser ponderada por diversos fatores. Entre eles estão: as condições de saúde geral do paciente, seu grau de comprometimento imunológico, a recomendação do médico responsável pelo seu tratamento e o grau de invasão e extensão do procedimento a ser realizado.

Antibióticos não precisam ser utilizados somente pelo fato do paciente ser HIV/AIDS, tão menos prescritos como rotina. Eles devem ser receitados com cautela em casos particulares (BRASIL, 2000). Segundo a Academia Americana de Odontopediatria (2014), pacientes com o sistema imune comprometido devem ser submetidos à profilaxia antibiótica prévia a procedimentos odontológicos invasivos, caracterizados por envolverem a manipulação do tecido gengival, da região periapical dos dentes ou perfuração da mucosa oral. Quando necessário em adultos, preconiza-se pela prescrição de uso oral de 2 gramas de Amoxicilina, 1 hora antes do procedimento, salvo em pacientes alérgicos à substância ou que estão inaptos a receber medicação por via oral .

2.4.2 Tabagismo

O tabagismo é um hábito deletério considerado como um importante fator de risco para muitas doenças sistêmicas e orais. Em relação à saúde bucal, ele possui papel agravante no início e progressão da doença periodontal, que ocorre devido à ação vasoconstritora da nicotina, às alterações no sistema imunológico e ao efeito citotóxico sobre as células do periodonto (CARVALHO; SANTOS; CURY, 2008). O estudos de Preber e Bergström¹ (1985 apud DAUD, 2003) demonstram que em pacientes tabagistas, o índice de sangramento gengival é menos pronunciado, em função da ação vasoconstritora da nicotina.

O tabagismo também induz ao aparecimento de lesões cancerizáveis e neoplasias na cavidade oral. De acordo com Dedivitis et al. (2004), o câncer de boca e orofaringe está relacionado principalmente ao tabagismo e etilismo, sendo que 90% dos casos constituem-se do carcinoma espinocelular, neoplasia maligna de comportamento bastante agressivo.

¹ PREBER, H.; BERGSTRÖM, J. The effect of non-surgical treatment on periodontal pockets in smokers and non-smokers. J Clin Periodontol, 1985 apud DAUD, 2003, p.9.

A realização do exame estomatológico para detecção precoce de lesões é primordial durante o exame clínico, a partir do qual se espera viabilizar o diagnóstico de doenças em seus estágios iniciais, possibilitando um melhor prognóstico para o paciente (ANTUNES; TOPORCOV; WÜNSCH-FILHO, 2007).

O Cirurgião-Dentista deve estar alerta aos sinais de danos na cavidade oral em função do hábito de fumar, tendo papel fundamental na orientação e conscientização dos pacientes sobre os malefícios para a saúde oral e geral que o tabagismo apresenta (DAUD, 2003).

3 RELATO DO CASO CLÍNICO

Neste relato de caso clínico serão descritos a anamnese e diagnóstico estabelecido, seguidos pelo planejamento proposto e execução clínica. Algumas etapas serão ilustradas com registros fotográficos.

3.1 ANAMNESE E DIAGNÓSTICO

Uma paciente do sexo feminino, 55 anos de idade, parda, diarista, procurou atendimento nas Clínicas Odontológicas da FO/UFRGS, tendo como queixa principal os “dentes estragados”.

Quanto ao seu histórico médico, destaca-se a coinfeção por hepatite C e AIDS. Já havia encerrado com sucesso o tratamento médico para a hepatite C, e o tratamento da AIDS já tinha duração de 16 anos. Desde que descobriu ser portadora do vírus HIV, faz acompanhamento médico regular.

A respeito dos hábitos de saúde bucal, referiu escovar os dentes com dentífrico fluoretado três vezes ao dia e utilizar colutório bucal, porém sem uso do fio dental. Mencionou que nunca foi ensinada a cuidar de sua saúde bucal. Fuma a aproximadamente 25 anos, 10 cigarros por dia. Negou uso de álcool e drogas.

Ao exame inicial, apresentava a arcada superior edêntula (Figura 1) sem evidência de lesões na mucosa, e a arcada inferior com sete elementos dentários (Figuras 2-4), tendo a grande destruição por lesões de cárie como aspecto mais marcante, associada aos sintomas de sensibilidade e dor. Visualmente, seu nível salivar era normal. Também relatou que sentia desconforto e dor ao tentar usar suas próteses (prótese total superior e prótese removível inferior), por isso não as utilizava.

A partir de exames clínicos e radiográficos iniciais, definiu-se o diagnóstico odontológico da paciente. Na avaliação inicial do controle de placa supragengival, foi encontrado índice de placa visível (IPV) de 82%, evidenciando remoção insuficiente de placa bacteriana, e índice de sangramento gengival (ISG) de 14%, apresentando gengivite. É importante ressaltar que a paciente é fumante, portanto os valores do ISG podem ser mascarados e não estarem compatíveis com o IPV. Na avaliação periodontal inicial, havia presença de sítios dentários com sangramento subgengival e perda de inserção, caracterizando o quadro clínico de periodontite. A maior profundidade de sondagem encontrada foi de 3mm. A perda de inserção e retração gengival incidiu sobre todos os sítios dentários dos elementos presentes.

A paciente foi diagnosticada com atividade de doença cárie. Apresentava lesões cavitadas inativas (LCI), lesões cavitadas ativas (LCA) e lesões não-cavitadas inativas (LNCI), envolvendo porção coronária e radicular dos elementos dentários presentes. As lesões apresentavam-se bastante escurecidas, um desafio reabilitador estético em dentes anteriores. Durante a avaliação dentária, as seguintes lesões foram observadas:

35: LCI nas faces distal (D), vestibular (V), mesial (M) e lingual(L);

33: LCI na face V e LCA nas faces M e L;

32: LCI nas faces D, V e L e LCA nas faces V, M e L;

31: LCI nas faces D e V e LCA nas faces V, M e L;

41: LCA nas faces D, V, M e L;

42: LCA nas faces V e M;

43: LNCI na face D e LCA na face V.

Foi realizada a avaliação endodôntica dos elementos dentários. Pode-se observar na radiografia periapical dos incisivos inferiores (Figura 5) que os canais radiculares encontram-se atrésicos, devido às extensas lesões de cárie que envolvem porção coronária e radicular. Somente os elementos 33 e 43 foram positivos ao teste de sensibilidade pulpar. Existe rarefação do trabeculado ósseo ao redor das raízes dos dentes 41 e 31. Todos os incisivos inferiores apresentam perda de inserção óssea, sendo que o dente 41 estava com considerável mobilidade. A radiografia periapical inicial do dente 35 (Figura 6) evidencia grande destruição coronária, canal radicular atrésico com curvatura no ápice e aumento da espessura do ligamento periodontal.

Em relação à avaliação de oclusão e prótese, ao exame clínico extra-oral observam-se lábios finos, perda de suporte labial, comissuras labiais e sulcos nasolabiais aprofundados e curvatura do nariz acentuada (Figuras 7-10). Essas características ocorrem pela falta de elementos dentários, dimensão vertical de oclusão, suporte labial e relação de oclusão. A paciente tem sua função mastigatória e estética prejudicadas. Também foram observadas as bridas vestibulares (pregas fibrosas) no processo alveolar inferior, próximas aos dentes caninos inferiores. Estas possuem inserção muito próxima à cervical dos dentes 43 e 33.

Ao exame extra-oral, os lábios (Figuras 7-8) apresentavam lesões em crosta compatíveis com ressecamento labial, provável consequência do tabagismo. Não foram observadas lesões na face ou alterações na cadeia de linfonodos.

O diagnóstico das condições de saúde bucal desta paciente envolve:

1. Tabagismo;
2. Ressecamento da mucosa labial;

3. Gengivite e periodontite;
4. Atividade de doença cárie;
5. Edentulismo na arcada superior;
6. Ausências dentárias na arcada inferior;
7. Ausência de função mastigatória, dimensão vertical, estética, suporte labial e relação de oclusão.
8. Dente 35 com indicação de tratamento endodôntico;
9. Dente 41 com indicação de exodontia;
10. Bridas vestibulares do processo alveolar inferior com inserção inadequada para reabilitação protética.

3.2. PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO

O principal enfoque do planejamento para este caso clínico foi, a partir de uma conduta conservadora, tratar a atividade de doença cárie e periodontal e reabilitar os dentes com condições de serem mantidos, para posterior reabilitação protética. A criação do vínculo com a paciente desde os primeiros atendimentos, através da empatia e da escuta por parte do estudante/professor e do empoderamento da paciente no próprio tratamento, foi essencial para a concretização e sucesso deste a longo prazo.

A paciente foi conscientizada a respeito dos malefícios do tabagismo, através de orientações sobre riscos para a saúde geral e bucal que este hábito apresenta, entre eles o câncer de boca e o agravamento da doença periodontal, assim como o manchamento que ele pode provocar nos dentes, restaurações e próteses. Ela também foi informada sobre a existência de grupos de combate ao tabagismo, como o que existe na FO/UFRGS, porém não apresentou interesse em parar de fumar.

Por ser portadora do vírus HIV, seus exames de controle referentes à contagem de linfócitos T CD4+ e carga viral (Anexo) foram avaliados ao iniciar o tratamento, assim como foi solicitada a liberação médica para iniciar o atendimento. A paciente apresentava estabilidade da doença, apresentando contagem de linfócitos T CD4+ maior que 500 células/mm³, estando compatíveis com a normalidade, e carga viral indetectável. Portanto, estava em condições de realizar os procedimentos odontológicos propostos a seguir e obteve a liberação do médico. Não foi realizada profilaxia antibiótica durante todo o tratamento.

3.2.1 Adequação do meio bucal

Inicialmente, foi realizada a adequação do meio bucal. O tratamento periodontal ocorreu com raspagem, alisamento e polimento supragengival (RAP), raspagem e alisamento radicular subgengival (RASUB) e instrução, motivação e conscientização da importância da higiene bucal. Periodicamente, os níveis de IPV e ISG eram reavaliados e a importância do asseio na higiene bucal era reforçada. A paciente conseguiu melhorar seu controle mecânico de placa bacteriana.

Ela apresentava muitas lesões de cárie que necessitavam intervenção restauradora, pois as amplas cavidades atuavam como fatores retentivos de placa e fragilizavam a estrutura dentária. Por isso, priorizou-se começar o tratamento restaurador por lesões que se apresentavam cavitadas (Figuras 11-14). Isto facilitou a reeducação da paciente no controle próprio de sua higiene bucal, fator determinante para o sucesso e longevidade de todo o tratamento executado ao longo das Clínicas Odontológicas II, III e IV, assim como diminuiu focos de dor e sensibilidade, além de ser um estímulo estético.

As etapas dos procedimentos restauradores consistiam em: remoção do tecido cariado, isolamento absoluto, condicionamento com gel de ácido fosfórico 37%, aplicação de primer e adesivo (Scotchbond Multiuso 3M ESPE), restauração com resina composta nas cores dentina A2 e dentina A3 (Opallis - FGM); o acabamento e polimento eram realizados ao final das sessões para proporcionar lisura, contorno estético e conservar a integridade dos tecidos periodontais circundantes às restaurações. Os principais desafios restauradores neste caso clínico foram:

1. Mascarar o escurecimento das lesões cariosas nas faces vestibular e proximal dos dentes anteriores, onde o fator estético é importante; isso foi realizado através do uso de resina composta dentina, pois esta impede maior passagem da luz, mascarando cores indesejadas da estrutura dentária;

2. Reconstrução de cinco elementos dentários com resina composta, pois as lesões eram extensas e era primordial que as restaurações restabelecessem a resistência dos dentes, pois eles serão utilizados como apoio de prótese;

3. Isolamento absoluto dos dentes a serem restaurados, artifício determinante para a excelência técnica e longevidade das restaurações, em vista de muitas das lesões serem de margem cervical em nível intrassulcular.

Visando o controle e combate da atividade de cárie, foi realizada orientação de dieta, com ênfase em baixo consumo de carboidratos fermentáveis, em especial a sacarose; assim

como a aplicação de flúor gel neutro 2%, durante 1 minuto, em quatro sessões consecutivas, que também é auxiliar na diminuição da sensibilidade dentinária.

Após concluída a adequação do meio bucal, com a paciente demonstrando entusiasmo e capacidade de manter sua higiene oral em níveis satisfatórios, possibilitou-se o avanço para a etapa de preparo pré-protético.

3.2.2 Preparo pré-protético

Neste caso clínico, poderia-se pensar em exodontia total dos elementos dentários por estarem amplamente debilitados, e confecção de prótese total dupla. Entretanto, além de ser uma opção mutiladora, esta seria de muito mais difícil adaptação pela paciente, que já possuía histórico de não conseguir utilizar próteses.

O objetivo final do plano de tratamento reabilitador protético proposto engloba a confecção de prótese total superior convencional e prótese parcial removível inferior, sendo que esta possuirá encaixe para um retentor intra-radicular esférico do tipo o´ring no dente 35. Cabe enfatizar a importância da escolha pela prótese parcial removível inferior, a partir da preservação de 5 dentes inferiores com condições de serem restaurados. A prótese parcial removível inferior, em comparação a uma prótese total inferior, mostra benefícios em relação à estabilidade, retenção, melhor adaptação de uso e manutenção dos dentes em boca. Além disso, a prótese total inferior acarreta em uma maior reabsorção do rebordo alveolar inferior ao longo do tempo.

Posteriormente à fase de adequação do meio bucal, foi iniciado o preparo pré-protético da cavidade oral. Realizou-se um procedimento cirúrgico, que englobou:

1. Exodontia do elemento 41, por não ter condições de reabilitação satisfatória, já que apresentava pouca inserção óssea, rarefação do trabeculado ósseo em torno da raiz (por provável lesão endodôntica), canal radicular atrésico (que dificultaria tratamento endodôntico), mobilidade exacerbada e grande destruição coronária;

2. Bridectomia ou desinserção cirúrgica total das bridas (pregas fibrosas) no rebordo alveolar inferior, localizadas na região vestibular dos dentes caninos inferiores. Estas bridas tinham inserção muito próxima à cervical dos elementos 43 e 33, o que acarretaria em dor e falta de estabilidade no uso da prótese parcial removível inferior, já que os grampos de retenção desta estariam apoiados na região. Esta cirurgia está indicada quando as bridas originam perturbações funcionais ou se constituem em inconveniente para as próteses,

prejudicando principalmente a sua estabilidade e retenção. Foi realizada sutura da ferida operatória para evitar recidiva durante o processo cicatricial do tecido.

Entre as recomendações pós-operatórias, está a utilização de bochecho de solução de digluconato de clorexidina 0,12%, durante 1 minuto, duas vezes ao dia, de 12 em 12 horas, durante 7 dias. Esta solução foi prescrita para auxiliar no controle de placa e prevenir infecções, facilitando o processo cicatricial.

Também fez parte do plano de tratamento a endodontia do elemento 35, como tentativa de preservar o dente. Este elemento dentário apresentava grande destruição coronária, contudo mantinha inserção óssea para ser pilar protético. O preparo do canal ocorreu com limas manuais pela técnica coroa-ápice. Otosporin foi utilizado como medicação intracanal entre as sessões, e o selamento provisório foi realizado com algodão e cimento de ionômero de vidro. O canal radicular foi obturado com cimento de óxido de zinco e eugenol, pela técnica da condensação lateral. Utilizou-se o condensador de guta-percha McSpadden para auxiliar no preenchimento da obturação. Na radiografia periapical após a obturação, pôde-se observar que houve extravasamento considerável de material obturador pelo forame apical. Fez-se a remoção dos cones como tentativa de retirar o material que trespassou o forame, realizando-se nova obturação a seguir. Porém, não se conseguiu remover na totalidade o material além do forame apical (Figura 15).

Após a conclusão do tratamento endodôntico, previa-se a desobturação parcial do canal radicular e cimentação definitiva com cimento de fosfato de zinco de um retentor intra-radicular esférico do tipo o'ring, que teria encaixe na prótese parcial removível inferior. Este retentor intra-radicular atuaria como auxiliar na retenção e estabilidade da prótese parcial removível inferior.

Realizou-se o preparo do dente 35 para receber o retentor intra-radicular através das seguintes etapas:

1. Preparo coronário com ponta diamantada;
2. Desobturação parcial do canal radicular;
3. Confeção de moldeira individual com pinjet e resina acrílica duralay, para moldar o canal radicular e o preparo coronário;
4. Inserção de fio retrator com solução hemostática na margem cervical;
5. Moldagem do dente 35 com moldeira individual e poliéter;
6. Moldagem da arcada inferior com alginato;
7. Envio ao laboratório de prótese para fundição metálica do retentor intra-radicular (Figura 16).

Após concluídas estas etapas, já com o retentor intra-radicular esférico confeccionado, o dente 35 começou a apresentar sintomatologia dolorosa e aumento do espessamento do ligamento periodontal no exame radiográfico. Levando em consideração a carga funcional que este dente seria submetido ao ser pilar de prótese, ao retorno dos sintomas e sinais clínicos, adicionados ao extravasamento de material obturador pelo forame apical, optou-se por realizar a exodontia do elemento dentário 35.

Neste momento, houve a alteração do plano de tratamento com o consentimento da paciente. Passou-se à fase de confecção das próteses de forma convencional, após aguardar o período de cicatrização e remodelamento pós-cirúrgico na arcada inferior.

Quanto à avaliação endodôntica dos demais elementos dentários, optou-se pela não-intervenção endodôntica e proervação, pois todos apresentam atresia do canal radicular, sem sinais clínicos e radiográficos de lesão endodôntica.

3.2.3 Fase protética

A fase protética iniciou a partir da moldagem com alginato das arcadas dentárias e confecção dos modelos de estudo em gesso.

1. Na arcada superior: confeccionou-se a moldeira individual em resina acrílica transparente. A moldagem funcional foi feita com pasta zinco-enólica, com vedamento periférico de godiva de baixa fusão. A partir desta moldagem, confeccionou-se a placa base com rolete de cera.
2. Na arcada inferior: foram confeccionados nichos na face lingual dos elementos presentes. A moldagem de trabalho foi feita com alginato e enviada ao laboratório de prótese. Realizou-se a prova da armação metálica e rolete de cera.

Após a prova e ajuste da placa base superior e da armação metálica inferior com os roletes de cera, os modelos foram montados em articulador para que o laboratório de prótese fizesse a montagem dos dentes na cor 69 de acordo com o formato dos dentes escolhidos. Terminados os ajustes finais da prova dos dentes - que consistem em verificar oclusão, estética, recuperação da dimensão vertical e do suporte labial, conforto e satisfação do paciente -, as próteses foram acrilizadas, entregues e ajustadas (Figuras 17-21). A paciente foi orientada a respeito das recomendações de utilização das próteses, entre elas:

1. Evitar dormir com as próteses, para que a mucosa fique descoberta e diminua o risco de infecção por candidíase;

2. Higienizar 3 vezes ao dia com escova de dente e sabonete líquido neutro, após alimentação;
3. Não utilizar a prótese se estiver causando desconforto. Agendar consulta de ajuste;
4. Tabagismo, consumo de café e chimarrão causam manchamentos nas próteses.

3.2.4 Manutenção periódica preventiva

Após a finalização do tratamento proposto, foi confeccionado o encaminhamento da paciente para Clínica Odontológica IV, para que ela compareça regularmente a consultas de manutenção periódica preventiva (MPP). Nestas consultas, inicialmente com periodicidade mensal devido à complexidade do caso clínico, deve ser realizado o acompanhamento da saúde periodontal, exame de mucosas, manutenção das restaurações e das próteses (Figuras 22-25).

Foi realizado o registro fotográfico de controle do sorriso da paciente 1 ano após a conclusão do tratamento (Figura 26). A paciente estava satisfeita com o resultado final e utilizando as próteses normalmente. Apresentava certo grau de pigmentação das restaurações de resina composta, provavelmente em função de ser fumante, necessitando manutenção. Relatou que não pôde comparecer à primeira consulta agendada de MPP, acabando por não ter mais comparecido aos atendimentos na FO/UFRGS.

4 DISCUSSÃO

O ensino atual nas Faculdades de Odontologia deve primar pela formação de Cirurgiões-Dentistas polivalentes, aptos para o atendimento dos problemas gerais de saúde bucal da população, a partir de uma visão integral do paciente. Neste contexto, a disciplina de Clínica Odontológica Integrada desempenha papel fundamental como alicerce clínico do futuro profissional generalista (POI et al., 2003; COELHO-DE-SOUZA et al., 2009).

O estudo de POI et al. (2003), intitulado “A Opinião do Cirurgião-Dentista sobre a Clínica Integrada”, objetivou conhecer a opinião de Cirurgiões-Dentistas formados em diversas Faculdades de Odontologia do Brasil a respeito o ensino odontológico proporcionado pelas Clínicas Integradas. Com uma amostra de 468 Cirurgiões-Dentistas, os resultados do estudo foram favoráveis:

1. A contribuição da Clínica Integrada para a formação profissional foi significativa para 87,5% dos profissionais entrevistados;
2. Para 94,8% deles, os casos atendidos na Clínica Integrada foram próximos do que vivenciavam no dia-a-dia de prática profissional;
3. 80,6% afirmaram que a Clínica Integrada foi capaz de formar um clínico geral;
4. 92,31% acreditam que a Clínica Integrada contribuiu para a sua adaptação ao mercado de trabalho;
5. As atividades práticas foram capazes de preparar 68,92% dos entrevistados para a elaboração de vários planos de tratamento para um mesmo caso.

No relato de caso clínico apresentado neste estudo, o planejamento proposto para a reabilitação estético-funcional baseou-se no conhecimento teórico e prático das diversas especialidades odontológicas envolvidas, constituindo uma abordagem odontológica integrada (POI et al., 2006). O plano de tratamento foi ordenado de forma lógica e sequencial, com o objetivo geral de promover a mudança de hábitos de saúde bucal, tratar a atividade de doença cárie e periodontal, reabilitar os dentes com condições de serem mantidos e realizar a reabilitação protética; desta forma, objetivou-se restabelecer integralmente a saúde bucal da paciente (COELHO-DE-SOUZA et al., 2012).

A profilaxia antibiótica não foi utilizada em nenhum procedimento invasivo, visto que a paciente apresentava estabilidade da doença, exames de contagem de linfócitos T CD4+ e carga viral com resultados favoráveis, além de consentimento médico para atendimentos

odontológicos invasivos (BRASIL, 2000; CORRÊA; ANDRADE, 2005; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2014).

Os seguintes procedimentos deram início à execução do plano de tratamento (COELHO-DE-SOUZA, 2012): orientação e motivação para mudança de hábitos de higiene bucal, aliados à conquista e manutenção da saúde periodontal; orientação de dieta, com ênfase em baixo consumo de alimentos cariogênicos; conscientização a respeito dos riscos do cigarro e recomendação de grupos de combate ao tabagismo; aplicações tópicas de flúor gel neutro 2% sob isolamento relativo foram realizadas em 4 sessões para auxiliar no tratamento da atividade de cárie.

Tomita, Casemiro e Soila (1993) realizaram um estudo comparativo entre flúor gel acidulado x flúor gel neutro, com aplicação sob isolamento relativo x isolamento absoluto. Eles apresentaram os seguintes resultados: flúor acidulado e flúor neutro mostraram-se eficazes na remineralização de manchas brancas, sendo que o gel neutro apresentou percentual de sucesso clínico levemente superior; aplicações de flúor sob isolamento absoluto e isolamento relativo apresentaram valores próximos na remineralização de manchas brancas, portanto, ambas as técnicas demonstraram eficiência.

Os procedimentos restauradores deram sequência à adequação do meio bucal. As restaurações diretas em resina composta tinham como objetivo restabelecer a resistência e função dos dentes 33, 32, 31, 42 e 43, como também diminuir focos de dor e de retenção de biofilme, além de proporcionar estética. Para mascarar o escurecimento provocado pelas extensas lesões de cárie, foi utilizada resina composta dentina no processo restaurador. Ela tem maior capacidade de impedir passagem de luz e mascarar cores indesejadas do dente (HOEPPNER et al., 2003; CARDOSO et al., 2011). Cardoso et al. (2011) sugerem o uso de resinas fluídas opacas como alternativa clínica para confecção de restaurações diretas em dentes escurecidos, pois finas camadas deste material conseguem substituir grandes camadas de resina composta, mascarando o substrato escurecido e comprometedor à estética almejada. Já Hoepfner et al. (2003), em seu caso clínico, declaram ter utilizado uma camada de cimento resinoso opaco antes de inserir os incrementos de resina composta para o mesmo fim.

Ao exame clínico, observou-se que a paciente tinha a arcada superior edêntula e a arcada inferior com a perda de muitos elementos dentários. A ausência de dentes tem influência direta sobre a qualidade de vida das pessoas, uma vez que dificulta a função mastigatória, piora a qualidade da alimentação e estado nutricional, além de afetar a auto-estima. Ao procurar o tratamento reabilitador, mais que recuperar a função mastigatória, o paciente busca reconstituir sua imagem pessoal, social e qualidade de vida. Atualmente, existem diversas

opções para reabilitação oral, como implantes e próteses implanto-suportadas. Entretanto, muitas vezes o fator socioeconômico é decisivo na escolha do tratamento (BELONI; DO VALE; TAKAHASHI, 2013).

Segundo Albuquerque et al. (2007), o sucesso no tratamento protético tem forte relação com a saúde e morfologia dos tecidos moles e duros que constituem a zona de suporte da prótese. Neste caso clínico, foi necessária a realização de procedimento cirúrgico pré-protético na busca de condições ideais para a futura reabilitação protética. Com o objetivo de proporcionar área de estabilidade e retenção, a cirurgia visou regularizar a mucosa vestibular inferior, que fará parte da região de suporte da prótese parcial removível inferior. Foi realizada bridectomia ou desinserção cirúrgica total das bridas (pregas fibrosas) na região vestibular dos dentes caninos inferiores, pois estas eram inseridas muito próximas à cervical dos elementos 43 e 33, o que acarretaria em dor e falta de estabilidade no uso da prótese parcial removível inferior, já que os grampos de retenção desta estariam apoiados na região. Os autores afirmam que bridas cicatriciais podem impedir o selamento periférico da prótese, estando entre as condições que determinam procedimentos cirúrgicos pré-protéticos sobre tecidos moles.

O planejamento protético constituiu-se em reabilitar a arcada superior com prótese total e a arcada inferior com prótese parcial removível. Mesmo com os elementos dentários inferiores apresentando elevado grau de comprometimento, desconsiderou-se a idéia de realizar exodontia total destes dentes para reabilitação com prótese total inferior. Além de ser um procedimento mutilador, ele interfere na auto-estima do paciente por levar à perda total de dentes, como também na propriocepção. A literatura demonstra que pacientes reabilitados com próteses totais inferiores consideram-nas pouco satisfatórias quanto à retenção, estabilidade e conforto, diferentemente das próteses totais superiores. Beloni, Do Vale e Takahashi (2013) apontam as principais diferenças no uso da prótese total convencional superior e inferior:

1. A prótese total superior tem contato com área basal maior, proporcionando selamento periférico; existe a adesão da base da prótese aos tecidos de suporte, os quais ficam interpostos por película de saliva; estas características proporcionam retenção, estabilidade e adaptação;
2. A prótese total inferior tem contato com uma área basal menor em comparação à superior, pois a área de suporte da mandíbula é menor que a da maxila. Ela também está sujeita à movimentação da língua, contribuindo para seu deslocamento e desestabilização.

Assim sendo, como existia a possibilidade de recuperação de alguns dentes inferiores, optou-se por reabilitar a arcada inferior com prótese parcial removível, uma vez que esta supera os níveis de retenção, estabilidade e conforto proporcionados por prótese total inferior convencional. Os autores também afirmam que em próteses parciais removíveis em arcadas classe I de Kennedy (somente dentes anteriores remanescentes), mesmo tendo apoio dento-muco-suportado, o suporte ocorre principalmente em mucosa, já que as extremidades estão livres, e a retenção por meio dos grampos pode ficar comprometida.

Em vista disso, optou-se por utilizar a raiz do dente 35 como pilar na prótese parcial removível inferior, através da cimentação de um retentor intra-radicular esférico do tipo o'ring. Em relato de caso clínico, Schuh et al. (2014) afirmam que o suporte para overdentures pode ser realizado utilizando uma ou mais raízes endodonticamente tratadas, sendo uma abordagem conservadora recomendada para manutenção da dentição, que deve ter preferência à exodontia total. Os autores realizaram o acompanhamento de 4 pacientes, e todas as overdentures instaladas foram consideradas satisfatórias ao final de 5 anos. Alves et al. (2010) sustentam que as overdentures retidas por raízes dentais possuem as seguintes vantagens: simples confecção, baixo custo, facilidade de higienização, boa aceitabilidade, redução da reabsorção óssea, além de proporcionar maior estabilidade e retenção à prótese e manter raízes que acabariam sendo extraídas. Contudo, é necessário que o profissional e o paciente tenham ciência de que fatores como doença periodontal, falhas endodônticas, cárie e fratura vertical da raiz podem ocasionar a perda destas raízes. Em consequência, pode haver a necessidade de ajuste sobre as próteses associadas ou confecção de uma nova peça protética.

Para receber o retentor intra-radicular esférico do tipo o'ring, o dente 35 foi tratado endodonticamente. Na obturação do canal radicular, houve o extravasamento de material obturador pelo forame apical. Como provável consequência, o dente 35 voltou a apresentar sintomatologia dolorosa e aumento do espessamento do ligamento periodontal. Gomes et al. (2003) defendem que, frente a um insucesso no tratamento endodôntico convencional, desde que existam condições viáveis, deve-se sempre indicar o retratamento do canal radicular, e caso necessário, lançar mão da cirurgia parendodôntica como complemento da terapia. Essa associação geralmente é bem sucedida no reparo dos tecidos periapicais, resultando na preservação de dentes.

Levando-se em consideração os seguintes aspectos a respeito do dente 35:

1. o extravasamento de material obturador pelo forame apical;
2. o retorno dos sintomas e sinais clínicos;
3. a carga funcional que este dente seria submetido ao atuar como pilar de prótese;

4. o prognóstico da raiz do dente 35 tem influência direta no sucesso e longevidade de uma prótese parcial removível inferior, uma vez que ela estaria associada a este dente como pilar,

concluiu-se que seria arriscado, por fatores funcionais e econômicos, utilizar a raiz como pilar da prótese parcial removível inferior. Este dente passou a apresentar prognóstico duvidoso no decorrer do plano de tratamento, por isso a conduta foi modificada a partir do esclarecimento e consentimento da paciente. O elemento dentário 35 foi extraído, e a prótese parcial removível passou a ser confeccionada de forma convencional.

Alterações no planejamento inicial podem ocorrer durante o tratamento, uma vez que muitos procedimentos são pré-requisitos para a realização dos demais. O estabelecimento de vínculo com o paciente, a abertura ao diálogo e esclarecimentos por parte do profissional facilitam o estabelecimento de acordos em situações imprevistas. O Cirurgião-Dentista precisa estar preparado para prosseguir o tratamento da melhor forma possível, sempre com a ciência e consentimento do paciente (MILANI, 2003; BALLESTER et al., 2010).

O Cirurgião-Dentista tem o dever conscientizar, orientar e motivar quanto aos cuidados de higiene das próteses para evitar a proliferação de microorganismos patogênicos. Uma revisão de literatura sobre a higienização de próteses totais e parciais removíveis concluiu que o método de limpeza mecânica adequado é realizado com escova dental que possibilite a limpeza da área interna da prótese. O uso de sabão não abrasivo também é recomendado, já que os abrasivos causam prejuízos estéticos e funcionais à resina acrílica. Também é indicada a higienização química, utilizando peróxidos alcalinos, por não causarem danos ao metal nem à resina da prótese, além de removerem manchas suaves e apresentarem efeito antibacteriano e fungicida. O uso de hipocloritos deve ser evitado por causar corrosão ao metal da prótese parcial removível (GONÇALVES et al., 2011).

Após a conclusão da reabilitação estético-funcional, observou-se o restabelecimento integral da saúde bucal da paciente. Esta, por sua vez, mostrou-se bastante satisfeita e agradecida com o atendimento e o resultado final alcançado. O acompanhamento clínico deve continuar em consultas de manutenção periódica preventiva. Estas consultas têm extrema importância para a manutenção, promoção e prevenção de saúde. Inicialmente, elas devem ser mensais, devido à complexidade do caso clínico (COELHO-DE-SOUZA, 2012).

Este estudo demonstra que a disciplina de Clínica Integrada na formação acadêmica em Odontologia é essencial. Seus benefícios vão de encontro ao perfil almejado do profissional de saúde atual. Entre eles, estão: o favorecimento da integração dos conhecimentos teóricos juntamente com o desenvolvimento das habilidades técnicas dos alunos; o desenvolvimento

da habilidade de confeccionar planos de tratamento que abordem integralmente as necessidades específicas de cada paciente, envolvendo as diversas áreas da Odontologia; o favorecimento da criação de vínculo entre o aluno e o paciente; a promoção do empoderamento e responsabilização do aluno no atendimento e restabelecimento da saúde bucal de seus pacientes; a discussão de casos clínicos com o corpo docente de especialidades odontológicas diversas, estimulando a comunicação e o trabalho em equipe; a simulação da prática clínica do dia-a-dia, preparando o aluno para o futuro profissional; o atendimento clínico continuado ao paciente, até que todas as suas necessidades sejam atendidas;

Portanto, é uma abordagem de ensino muito construtiva, devendo ser cada vez mais aperfeiçoada dentro das Universidades de ensino odontológico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A condução do caso clínico apresentado objetivou a reabilitação estético-funcional de uma paciente com muitas necessidades de tratamento odontológico. A abordagem clínica proposta conquistou a recuperação do estado de saúde bucal desta paciente, beneficiando sua função mastigatória, auto-estima, bem-estar e qualidade de vida.

A abordagem realizada na disciplina de Clínica Odontológica Integrada mostra-se fundamental para o amadurecimento clínico do futuro Cirurgião-Dentista, a partir do desenvolvimento da abordagem generalista no restabelecimento da saúde bucal, incluindo o tratamento das doenças em atividade e a reabilitação estético-funcional das sequelas apresentadas.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, B. et al. Cirurgia para-protética. **Rev. Port. Estomatol. Med. Dent. Cir. Maxilofac.**, Lisboa, v. 48, n. 4, 2007.
- ALVES, M. R et al. Sobredentaduras sobre raízes: uma alternativa aos implantes osseointegráveis. **RFO**, Passo Fundo, v. 15, n. 3, p. 309-313, set./dez. 2010.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Clinical Affairs Committee, Council on Clinical Affairs. **Guideline on antibiotic prophylaxis for dental patients at risk for infection**. Chicago, 2014. p. 287- 292.
- ANTUNES J. L. F.; TOPORCOV T. N.; WÜNSCH-FILHO, V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 1, p. 30-6, 2007.
- ARRUDA, W. B. et al. Clínica integrada: o desafio da integração multidisciplinar em odontologia. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 14, n. 1, p. 51-55, jan./abr. 2009.
- BALLESTER, D. et al. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. **Rev Brasileira de Educação Médica**, v.34, n.4, p.598-606, 2010.
- BELONI, W. B.; DO VALE, H. F.; TAKAHASHI, J. M. F. K. Avaliação do grau de satisfação e qualidade de vida dos portadores de prótese dental. **RFO**, Passo Fundo, v. 18, n. 2, p. 160-164, maio/ago. 2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais do curso de Odontologia. Resolução nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, mar. 2002. Seção 1, p.10.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Controle de infecções e a prática Odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas**. Brasília, 2000.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília, 2014.
- BRASIL. Unidade de Assistência e Unidade de Laboratório da Coordenação Nacional de DST/Aids. **Contagem de células T CD4+ e testes de carga viral: principais marcadores laboratoriais para indicação e monitorização do tratamento anti-retroviral**. Brasília, 1998.
- BRODSKI, S. K. et al.. O método clínico revisitado: uma proposta interdisciplinar. **Rev. ABENO**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, jan./jun. 2010.
- CARDOSO, P. C. et al. Facetas diretas de resina composta e clareamento dental: estratégias para dentes escurecidos. **Rev Odontol Bras Central**, Goiânia, v. 20, n. 55, 2011.
- CARVALHO, A. E.; SANTOS, I. G.; CURY, V. F.. A influência do tabagismo na doença periodontal: revisão de literatura. **Sotaur Virtual Odontol.**, [S.l.], v. 5, n. 2, p.7-12, 2008.

CAVALHEIRO, F.D.; RÖSING, C.K. Manutenção periódica preventiva: uma visão dos periodontistas de Porto Alegre/RS. **Stomatos**, [S.l.], v.15, n.28, jan./jun. 2009.

CHAPPER, A.; GOLDANI, M. Z. A participação de odontólogos em equipes multidisciplinares. **Rev Fac. Odontol. Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 45, n. 2, p.3-5, dez. 2004.

COELHO-DE-SOUZA, F. H. et al. **Fundamentos de clínica integral em Odontologia**. São Paulo: Liv. Santos, 2009. 184 p.

COELHO-DE-SOUZA, F. H. et al. Atuação em clínica integrada. In: COELHO-DE-SOUZA, F. H. **Tratamentos clínicos integrados em Odontologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2012. Cap.1, p. 3-13.

CORRÊA, E. M. C.; ANDRADE, E. D. Tratamento odontológico em pacientes HIV/AIDS. **Rev. Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 20, n. 49, p.281-289, set. 2005.

DAUD, S. L. M. **A influência do tabagismo no insucesso dos tratamentos odontológicos**. 2003. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

DEDIVITIS, R. A., et al. Características clínicoepidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, p. 35-40, jan./fev. 2004.

DISCACCIATI, J.A.C.; VILAÇA, E.L. Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 9, n. 4, p. 234-239, 2001.

TOMITA, N. E.; CASEMIRO, L. A.; SOILA, M. Remineralização de lesões iniciais de cárie: estudo comparativo de dois veículos fluoretados com diferentes níveis de pH e utilização de uma técnica simplificada em relação à técnica convencional. **Rev. Fac. Odontol. Bauru**, Bauru, v. 1, n. 1, p. 41-47, jan./dez. 1993.

FERREIRA, T. S. et al. Clínica integrada e mudança curricular: desempenho clínico na perspectiva da integralidade. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 12, p. 33-39, jan./mar. 2012.

GARCIA, P. P. N. S.; CORONA, S. A. M.; VALSECKI JUNIOR, A. Educação e motivação: impacto de um programa preventivo com ênfase na educação de hábitos de higiene oral. **Rev. Odontol. UNESP**, São Paulo, v. 27, n.2, p. 393-403, 1998.

GASPARIN, A. B. et al. Prevalência e fatores associados às manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidade sul-brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p.1307-1315, jun. 2009.

GONÇALVES, L. F. F. et al. Higienização de próteses totais e parciais removíveis. **R Bras. Ci. Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 1, p. 87-94, 2011.

HOEPPNER, M. G. et al. Tratamento estético de dente com alteração cromática: faceta direta com resina composta. **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v. 9, n. 3, p. 67-72, set./dez. 2003.

MIALHE, F. L.; SILVA, C. M. C. A educação em saúde e suas representações entre alunos de um curso de Odontologia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1555-1561, 2011.

MILANI, P. A. P. **Avaliação e produtividade da disciplina de clínica integrada no curso de Odontologia da Universidade Tuiuti do Paraná**: contribuição ao modelo de ensino odontológico. 2003. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Universidade Tuiuti do Paraná, São Paulo, 2003.

MOYSÉS, S. T. et al. Humanizando a educação em Odontologia: uma prática educativa humanizada na área da saúde coloca o homem como centro do processo de construção da cidadania. **Rev. ABENO**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 58-64, nov. 2003.

PINI, N. I. P.; KHOURY, E. M. D. A.; PASCOTTO, R. C. Tratamento interdisciplinar para reabilitação estética do sorriso. **Rev. Dental Press Estét.**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 40-50, abr./jun. 2010.

POI, W. R. et al. O perfil da disciplina de clínica integrada da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, após onze anos de implantação. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v. 33, n. 1, p. 35-47, jan./jun. 1997.

POI, W. R. et al. A opinião do cirurgião-dentista sobre a clínica integrada. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 3, n. 2, p. 47-52, jul./dez. 2003.

POI, W. R. et al. Onze anos de avaliação dos planos de tratamentos e tratamentos realizados pela disciplina de clínica integrada, Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 6, n. 3, p. 237-242, set./dez. 2006.

RIBEIRO, B. B. et al. Importância do reconhecimento das manifestações bucais de doenças e de condições sistêmicas pelos profissionais de saúde com atribuição de diagnóstico. **Rev. Odonto UMESP**, São Paulo, v. 20, n. 39, p. 61-70, 2012.

SCHUH, C. et al. Cinco anos de acompanhamento de overdenture dento-suportada como solução protética para pacientes idosos: série de casos. **Rev. Odonto Cienc**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, 2014.

SHINKAI, R. S. A.; DEL BEL CURY, A. A. O papel da Odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1099-1109, out./dez. 2000.

SILVEIRA, C. B. **Prevalência de comorbidades de interesse odontológico e de manifestações orofaciais em pacientes HIV positivos**. 2008. 131 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Odontologia. **Histórico**. Porto Alegre, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Odontologia.
Projeto pedagógico do curso diurno de Odontologia. Porto Alegre, 2014.

VILLAÇA, J. H.; MACHADO, A. A. A Aids e suas manifestações orais e periodontais: revisão de literatura. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 58, n. 3, p. 228-230, jun. 2004.

FIGURAS

1

Figura 1: Aspecto clínico inicial da arcada superior edêntula e da língua, sem evidência de lesões orais.



2

Figura 2: Visão intra-oral inicial da arcada inferior, com muitas ausências dentárias e destruição dos dentes presentes por lesões de cárie (visão frontal).



3



4

Figuras 3 e 4: Registro fotográfico inicial dos elementos dentários inferiores (visão lateral).



5

Figura 5: Radiografia periapical intermediária dos incisivos inferiores. Evidencia lesões cariosas, canais radiculares atrésicos, perda de inserção óssea dos elementos dentários (exacerbada no elemento 41) e rarefação do trabeculado ósseo ao redor das raízes dos dentes 41 e 31.



6

Figura 6: Radiografia periapical inicial do dente 35. Evidencia grande destruição coronária, canal radicular atrésico, aumento da espessura do ligamento periodontal e inserção óssea razoável do remanescente radicular.



7

Figura 7: Aspecto clínico inicial do terço inferior da face, apresentando lábios finos, comissuras labiais com sulcos profundos e falta de suporte labial.



8

Figura 8: Aspecto clínico inicial do sorriso da paciente, com necessidade de reabilitação estética e funcional.



9



10

Figuras 9 e 10: Aspecto clínico inicial do perfil da paciente de lábios fechados e sorrindo, evidenciando a perda de dimensão vertical de oclusão.



11



12

Figuras 11 e 12: Antes e depois (visão frontal) do procedimento restaurador nos dentes 31, 42 e 43 com o objetivo de selar cavidades para adequação do meio bucal. Foi utilizada resina composta dentina A2 e A3 para mascarar o escurecimento das lesões cariosas.



13



14

Figuras 13 e 14: Antes e depois (visão lateral) do procedimento restaurador nos dentes 31, 42 e 43 com o objetivo de selar cavidades para adequação do meio bucal. Foi utilizada resina composta dentina A2 e A3 para mascarar o escurecimento das lesões cariosas.



15

Figura 15: Radiografia final da obturação endodôntica do dente 35. Houve extravasamento de material obturador pelo forame apical.



16

Figura 16: Modelo de gesso da arcada inferior. Mostra preparo do dente 35 com retentor intra-radicular fundido com encaixe esférico do tipo o'ring. Esta peça acabou não sendo utilizada, uma vez que o dente 35 foi extraído.



17

18

Figuras 17 e 18: Aspecto clínico final do perfil da paciente de lábios fechados e sorrindo, evidenciando o restabelecimento da dimensão vertical de oclusão, do suporte labial e da estética oral e facial.



19



20

Figuras 19 e 20: Registro fotográfico frontal e lateral da prótese total superior no momento da entrega à paciente.



21

Figura 21: Prótese parcial removível inferior no momento da entrega à paciente.



22

Figura 22: Registro fotográfico intra-oral final (visão frontal).



23



24

Figuras 23 e 24: Registro fotográfico intra-oral final (visão lateral).



25

Figura 25: registro fotográfico do sorriso da paciente logo após a conclusão do tratamento.



26

Figura 26: registro fotográfico de controle 1 ano após o término do tratamento.

APÊNDICE - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Você foi convidada a ter seu caso clínico apresentado em um Trabalho de Conclusão de Curso. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de autorizar a realização do trabalho, assine ao final deste documento em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da aluna responsável. Em caso de recusa, não haverá qualquer tipo de penalidade ou prejuízo para você. Caso você tenha qualquer pergunta sobre este trabalho, ou se pensar que houve algum prejuízo, pode conversar com a estudante Fernanda Zago Antoniazzi, ou com o professor orientador Fábio Herrmann Coelho-de-Souza. Você não terá qualquer custo financeiro e também não haverá nenhuma forma de remuneração, ressarcimento ou bonificação caso aceite.

Garantimos total sigilo no que diz respeito a sua identidade, ou seja, não haverá qualquer tipo de divulgação de dados que possam identificá-la, como nome, RG, endereço.

Eu, _____,
residente no endereço _____,
documento de identidade nº _____, nascida em ___/___/_____, autorizo de livre e espontânea vontade o relato de meu caso clínico finalizado, que será descrito no Trabalho de Conclusão de Curso intitulado ABORDAGEM INTEGRADA NA REABILITAÇÃO ESTÉTICO-FUNCIONAL: RELATO DE CASO CLÍNICO e apresentado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Desse modo, acredito ter sido suficientemente informada a respeito do que li ou do que leram para mim.

Ficaram claros os propósitos, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e os esclarecimentos pertinentes. Ficou claro também que a participação é isenta de despesas. A minha assinatura nesta Declaração de Autorização possibilitará que o orientador e aluna responsáveis pelo trabalho utilizem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

_____, _____, _____ de 2014.

Assinatura da paciente: _____

Assinatura do professor orientador: _____

Assinatura da aluna: _____

ANEXO - CONTAGEM LINFÓCITOS T CD4+ E CARGA VIRAL

Histórico (Últimos 18 exames)													
		Carga Viral			CD4+/CD8+								
Coleta	Hr. col.	Cópias	Log	Método	Resultado	Hr. col.	CD4	%	CD8	%	CD4/CD8	CD45+	Resultado
09/08/2012	07:00	< LMin.	-----	b-DNA	23/08/2012	07:00	692	37,01	632	33,78	1,09	1870	10/08/2012 (*)
27/03/2012	07:00	< LMin.	-----	b-DNA	02/04/2012	07:00	340	30,92	501	45,53	0,88	1101	27/03/2012 (*)
25/01/2012	07:00	< LMin.	-----	b-DNA	30/01/2012	07:00	174	44,0	117	30,0	1,49	396	25/01/2012 (*)
28/05/2011	07:00	< LMin.	-----	b-DNA	05/07/2011	07:00	294	46,47	242	38,31	1,21	632	28/05/2011 (*)
13/07/2010	07:00	< LMin.	-----	b-DNA	16/07/2010	07:00	575	34,06	732	43,36	0,79	1689	14/07/2010 (*)
23/03/2010	08:00	< LMin.	-----	b-DNA	30/03/2010	08:00	587	31,96	839	45,67	0,70	1838	23/03/2010 (*)
11/03/2009	07:30	< LMin.	-----	b-DNA	17/03/2009	07:30	842	33,38	588	36,22	0,92	1624	11/03/2009 (*)
24/09/2008	---	-----	-----	-----	-----	08:00	594	32,0	776	42,0	0,77	---	24/09/2008 (*)
28/05/2008	08:00	< LMin.	-----	b-DNA	04/09/2008	---	---	---	---	---	---	---	-----
03/04/2008	08:00	< LMin.	-----	b-DNA	08/04/2008	08:00	357	---	551	---	0,65	---	03/04/2008
11/10/2007	08:00	100	2,000	b-DNA	23/10/2007	08:00	376	---	621	---	0,61	---	11/10/2007

Carga Viral	Cópias: < L. Min.	Log: ---	Técnica: b-DNA	Lim. mínimo detecção:	50 cópias/ml.
Resultado atual			Kit: HIV 1.0 RNA	Lim. máximo detecção:	500.000 cópias/ml.