

**A EXPECTATIVA DO PACIENTE PARA O TRATAMENTO  
ODONTOLÓGICO:RELATO DE CASO**

*PATIENT'S EXPECTATION IN DENTAL TREATMENT: CASE REPORT*

Erica MAQUEDA<sup>1</sup>  
Rosângela C. REIS<sup>1</sup>  
Ana Paula T. MANFRON<sup>2</sup>  
Maria Augusta RAMIRES<sup>#</sup>  
Carlos Pereira LIMA<sup>3</sup>

---

**RESUMO**

**Introdução:** A qualidade no atendimento odontológico é um fator muito importante na geração da expectativa de qualquer paciente que necessite um trabalho na odontologia, além da novidade, existe a incerteza gerada no paciente acerca do que irá acontecer, desde o início até o resultado final do tratamento. **Objetivo:** O objetivo foi relatar um caso de reabilitação estético e oral, enfatizando a importância da prática multidisciplinar no incentivo à continuidade do tratamento pela paciente, que reiniciava pela quarta vez o tratamento odontológico, a fim de não desistir de ter o seu “sorriso de facebook”. **Considerações Finais:** O planejamento é imprescindível para a obtenção de sucesso no tratamento odontológico, suprimindo todas as expectativas do paciente em relação ao tratamento sejam alcançadas.

---

**PALAVRAS-CHAVE:** expectativa do paciente, reabilitação bucal, estética oral

---

**ABSTRACT**

Introduction: The quality of dental care is a very important factor in generating the expectation of any patient who needs a job in dentistry, in addition to the novelty, there is uncertainty generated in the patient about what will happen, from the beginning to the final result of the treatment. **Objective:** The objective was to report a clinical case of aesthetic and oral rehabilitation, emphasizing the importance of multidisciplinary practice in encouraging of treatment procedures by the patient, who restarted dental treatment for fourth time, in order not to give up having her “facebook smile”. **Final Considerations:** Planning is essential for success in dental treatment, meeting all patient expectations regarding treatment to be achieved.

---

**KEYWORDS:** patient expectation, oral rehabilitation, oral esthetics

---

<sup>1</sup> Acadêmicos do curso de Odontologia, Faculdade Herrero, Curitiba – PR

<sup>2</sup> Doutora em Radiologia Odontológica, docente do curso de Odontologia da Faculdade Herrero, CuritibaPR

<sup>3</sup> Mestre em Odontologia, docente do curso de Odontologia da Faculdade Herrero, Curitiba – PR

Autor correspondente: [tulio.ana@gmail.com](mailto:tulio.ana@gmail.com)

## 1. INTRODUÇÃO

Cada vez mais, os pacientes chegam ao consultório odontológico com uma grande expectativa e com um ponto de vista pré estabelecido sobre o resultado estético do trabalho a ser realizado, devido principalmente, à influência das mídias sociais e dos meios de comunicação<sup>1</sup>.

A expectativa do paciente, em relação aos tratamentos odontológicos, exige dos profissionais uma grande expertise técnica e flexibilidade em suas atuações práticas. Além da responsabilidade em se realizar um bom diagnóstico, um criterioso planejamento do tratamento e procedimentos terapêuticos, o envolvimento multidisciplinar é essencial para resolver diferentes situações, favorecendo os processos de reabilitação oral<sup>2</sup>.

Com isso, o avanço da tecnologia na área odontológica, tem buscando novas técnicas a serem aplicadas, trazendo inúmeras novidades com intuito de solucionar problemas estéticos e funcionais, causados por vários fatores como: perda de dentes, sorriso gengival, dentes escurecidos e apinhados, além de outros problemas estéticos e funcionais. Entretanto, em muitas situações, os procedimentos clínicos isolados não alcançam resultados estéticos harmoniosos, sendo necessárias abordagens clínicas estéticas multidisciplinares<sup>3</sup>. Segundo Pegoraro, et al. (2003)<sup>4</sup>, uma perfeita reabilitação oral e estética depende de um adequado planejamento, associando métodos e técnicas, tornando possível um sorriso admirável dentro do contexto facial.

Nesse sentido, é importante salientar a importância da integração e a corresponsabilidade entre as áreas específicas do conhecimento no processo de planejamento, com a finalidade de promoção da beneficência na saúde bucal como um todo, explicando devemos atender o paciente como um todo. O resultado final obtido pela reabilitação biológica, funcional e estética do aparelho estomatognático reafirma a relevância da discussão multidisciplinar na odontologia, de forma que cada uma desempenhe suas funções inerentes dentro de um planejamento conjunto<sup>5</sup>.

A prioridade do tratamento odontológico é a promoção da saúde, a estética é um conceito altamente subjetivo, se encontra relacionada a fatores sociais, culturais e psicológicos que se alteram em função do tempo, dos valores e vida da idade do indivíduo<sup>6</sup>. O entendimento das possíveis soluções terapêuticas do paciente a respeito dos fatores envolvidos no processo saúde–doença, devem favorecer a melhoria de sua saúde oral, porém nunca negligenciando os

princípios da odontologia apenas para satisfazer as expectativas do paciente <sup>4</sup>.

Tendo em vista a importância do restabelecimento funcional odontológico esse estudo-tem como objetivo relatar um caso de reabilitação estético e oral, enfatizando a importância da prática multidisciplinar no incentivo à continuidade do tratamento pela paciente, que reiniciava pela quarta vez o tratamento odontológico, a fim de não desistir de ter o seu “sorriso de *facebook*”.

## 2. RELATO DE CASO

No presente caso, paciente do sexo feminino, 28 anos de idade, procurou a Clínica Odontológica da Faculdade Herrero, Curitiba-Paraná queixando-se do seu estado de saúde bucal e de, em suas palavras, “*não ter um sorriso de facebook*”, devido à presença de cáries, ausência de alguns dentes, mau hálito, insatisfação estética e funcional do seu sorriso; uma vez que a ausência de alguns elementos dentários tornava sua função mastigatória e estabilidade oclusal comprometidas (Figura 1A e B)). Além das necessidades de reestabelecimento da saúde bucal, era de grande desejo da paciente uma melhora na sua condição estética.

Após anamnese e exame clínico intrabucal, verificou-se que o estado de saúde da paciente é estável, apesar da mesma ser fumante há 17 anos, queixando-se de não conseguir mastigar alimentos muito sólidos, atrapalhando assim seu trato gastrointestinal.

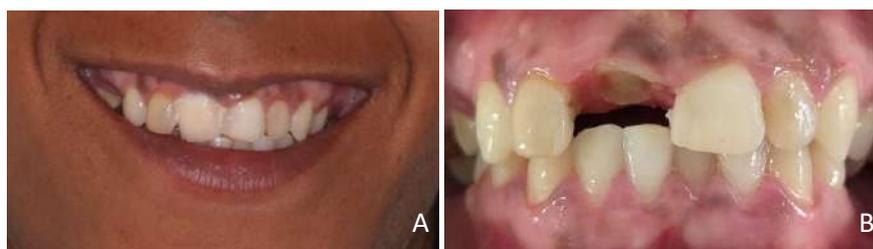


Figura 1. A. Aspecto clínico inicial extra. B. Aspecto clínico intra bucal.

Na sequência foi realizada profilaxia pré cirúrgica, e elaboração de um plano de tratamento individualizado, levando em consideração a situação de saúde bucal da paciente: remanescentes dentários, sua condição financeira, necessidades e expectativas. Sendo assim, foi proposto para restabelecimento da saúde bucal, e afim de devolver a harmonia do sorriso, exodontia dos elementos: 14, 16, 18, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 46, 47 e 48, perdidos pela doença cárie, estando

quase todos em estado de raiz residual, conforme observado em radiografia panorâmica previamente solicitada (Figura 2),

Nos procedimentos de exodontia, seguiu-se um protocolo padrão, em que foi realizado anestesia, seguido do descolamento do tecido gengival circundante com sindesmótomo (Quinelato ®), em seguida, luxação radicular com alavanca reta e por fim, com fórceps, foi realizada a extração, propriamente dita, dos elementos dentários. Irrigação alveolar com soro fisiológico, seguido da realização de sutura em X com fio agulhado de *Nylon*. Por fim, foram feitas as orientações pós-operatórias e prescrição de analgésico e antibiótico. A decisão para exodontia destes elementos dentários, foi realizada em conjunto com a paciente. Em todas as extrações dentárias, a remoção de sutura foi realizada após 7 dias do procedimento cirúrgico.



Figura 2. Radiografia Panorâmica pré-operatório evidenciando raízes residuais

Após as exodontias, prosseguiu-se com o tratamento endodôntico elemento 11, (Figura 3) o qual possuía uma prótese provisória, que constantemente se soltava, e segundo relato da própria paciente, era reposicionado por ela, com uma cola caseira (Super. Bonder ®).



Figura 3 Imagem ilustrando colagem caseira realizada com uso de cola - Super. Bonder® do elemento 11

O tratamento endodôntico do elemento 11 foi realizado em três sessões e mediante isolamento absoluto com lençol de borracha e grampo 211, foi feito acesso endodôntico com ponta diamantada 1014 (KG Sorensen®). O canal radicular foi preparado por meio da técnica coroa-ápice, com uso de limas endodônticas de 1º e 2º série do tipo K (Dentsply®). Como solução irrigadora utilizou-se hipoclorito de sódio 1%. Após finalizado o preparo químico-cirúrgico (PQC), obturou-se o conduto com cones de guta percha principal e acessórios e cimento endodôntico Endofill®. Após corte dos cones, foi feito selamento com CIV Vidrion-R e consecutivamente, o preparo do conduto para receber a coroa do elemento.

Para confecção do preparo do conduto primeiramente removeu-se o material obturador dos canais radiculares até o limite de 4 mm aquém do ápice radiográfico, para manutenção do selamento apical. Em seguida, foi feita a remodelagem das paredes dos condutos com brocas de Largo nº2 (Maillefer) o incisivo central 11, favorecendo a adaptação e modelagem do pino anatômico e uma prótese provisória. O núcleo metálico foi confeccionado a partir da moldagem do núcleo através da técnica indireta, em que foram utilizados Pin Jet (de fabricação manual com resina acrílica vermelha (Duralay®) e Impregun Soft® (3M). Foi então, realizada a prova do núcleo, avaliando a adaptação marginal com sonda exploradora e observação da radiografia periapical, a cimentação do núcleo metálico foi feita com cimento de fosfato de zinco (Cimento LS®, Vigodent) para fins protético de uma coroa metalo-cerâmico (Figura 4).



Figura 4. Imagem radiográfica após cimentação do núcleo metálico fundido

Ainda sob uma visão multidisciplinar, a paciente foi concomitantemente assistida pela equipe de ortodontia, a qual decidiu pela instalação de mini implante para intrusão do molar superior direito elemento 17 como recurso de ancoragem, para recuperação de espaço protético inferior para reabilitação com próteses parciais ou implantes dentários (Figura 5). A cirurgia de instalação dos mini implantes foi realizada sob anestesia local, com perfuração transmucosa, utilizou-se a broca helicoidal de 1,1mm de diâmetro adaptada na chave manual de instalação do sistema. Os mini implantes foram instalados com  $\pm 45^\circ$  de inclinação em relação ao eixo dos dentes para permitir maior contato com a cortical, utilizando-se a chave manual do sistema. A perfuração de cada sítio foi realizada apenas na cortical vestibular e palatino, e instalação de dois botões ortodônticos colados com resina para o tracionamento (Figura 6). Sua ativação e reativação com correntes elásticas ortodônticos, necessitam ser trocadas a cada 10 ou 20 dias, pois perdem a tensão ideal após este período. Diante dos fatores envolvidos na satisfação do paciente a mesma relata estar muito confiante e segura sobretudo um contato humanizado e acolhedor.



Figura 5. Imagem demonstrando diminuição do espaço protético posterior .



Figura 6. Posicionamento dos mini implantes após instalação

Por fim, foi realizado clareamento dental em consultório com Peróxido de Hidrogênio (Figura 7A e B), para fins estéticos, com o gel clareador Total Blanc H35% o procedimento clínico de clareamento de consultório teve início com a aplicação de uma barreira gengival fotopolimerizável na região cervical dos dentes anteriores para efetuar a proteção do tecido gengival, junto com o protocolo clínico: Profilaxia dos dentes com pedra pomes e água; (afastador labial ArcFlex e Top Dam (FGM); Preparo do material clareador (conforme o fabricante); Aplicação dos géis clareadores; Remoção do gel com sugador e água (após 25 min.); Nova aplicação do gel; Remoção dos dois géis com sugador (após 50 min.) e aplicação do neutralizador; Remoção da barreira gengival (Top Dam) e da proteção labial (ArcFlex); Lavagem com água;. Aplicação do Dessensibilizante por 10 minutos.



Figura 7A. Imagem intrabucal antes do clareamento dental. B. Após finalização do procedimento de clareamento dental Superior e inferior.

### 3. DISCUSSÃO

Diante do caso relatado, torna-se evidente a importância da interrelação entre as variadas especialidades odontológicas no processo de reabilitação bucal, o que representa um grande desafio para a prática clínica<sup>7</sup>. O atendimento odontológico engloba diversos fatores, os quais variam entre o nível de capacidade e especialidade do cirurgião-dentista no restabelecimento

da qualidade de vida do paciente, até a real expectativa e necessidade do indivíduo, ponderando-se ainda à condição socioeconômica do paciente<sup>5</sup>.

O cirurgião dentista, além de realizar uma anamnese detalhada, exames complementares, exame clínico intra e extra bucal, deve realizar também, a avaliação da condição periodontal, da estética da face e do sorriso<sup>8</sup>. Assim como, informar a respeito de dentes perdidos, substituições, restaurações, ortodontia ou qualquer tipo de terapêutica odontológica prévia e possíveis lesões nos componentes do aparelho mastigatório<sup>4</sup>. Nesse sentido, é muito importante levar em consideração a queixa principal do paciente, aliando à ela, a ciência, expertise profissional e o manejo da expectativa do paciente, o qual muitas vezes não condiz com a realidade clínica<sup>8</sup>. No caso clínico apresentado, a paciente já estava em seu quarto tratamento, e relatava frustração, pois a cada atendimento que passava, não conseguia alcançar nem o atendimento nem o resultado esperado de acordo com suas expectativas.

A investigação inicial e levantamento de todos os pontos relevantes do caso clínico são essenciais para a resolução do diagnóstico e, conseqüentemente, do plano de tratamento<sup>8</sup>. Sendo assim, para se chegar a um correto diagnóstico e plano de tratamento, é necessário que haja um minucioso exame do paciente, entretanto, a negligência desta etapa no planejamento ainda é bastante comum, o que frequentemente prejudica o sucesso e estabilidade dos demais procedimentos<sup>9</sup>. Em nosso caso, inicialmente, foi percebido que a paciente apresentava, perda dos molares inferiores e extrusão dos dentes superiores, resultando em espaço inadequado para reabilitação protética. A intrusão do segundo molar superior foi uma alternativa, baseada na discussão interdisciplinar, para restabelecer o espaço protético necessário para as futuras próteses ou implantes.

Outro fator fundamental no que diz respeito ao tratamento odontológico multidisciplinar, é a expectativa do paciente em relação à estética. Nas três últimas décadas, a busca recorrente pela estética dentária, trouxe aos consultórios odontológicos pacientes com grande expectativa estética e alto grau de exigência<sup>10</sup>. Um estudo<sup>11</sup> avaliou a percepção dos fatores estéticos dentários e faciais dos pacientes, bem como a percepção estética de sua condição dentária e seu nível atual de satisfação relatando que 67, 5%, da amostra, composta principalmente de pacientes adultas do sexo feminino com baixo nível educacional estava insatisfeita com sua aparência dentária. Dessa forma, o plano de tratamento, deve necessariamente, integrar e adequar os conceitos estéticos e clínicos, à personalidade e à concepção do que é estético por parte do paciente.

No presente caso, a paciente queixava-se de seu sorriso, uma vez que sua coroa protética, no dente 11 não apresentava estética adequada, além da má adaptação, sendo

---

Lima CP et al. A expectativa do paciente para o tratamento odontológico: relato de caso. RGS.2021;23(1): 98-108.

necessária recorrente colagem, feita por ela mesma, o que a deixava constrangida. A literatura<sup>10</sup> aponta, que o sorriso harmônico e esteticamente favorável ganha cada vez mais destaque e passou a ser considerado como pré-requisito de convívio e aprovação nas redes sociais, estando intimamente correlacionado à ascensão social do indivíduo.

De acordo com o estudo de Zavanelli et al (2017)<sup>11</sup> dentre os tratamentos mais desejados pelos pacientes, o clareamento dentário foi o mais prevalente, uma vez que os tratamentos estéticos são altamente valorizados em todas as faixas de idade. No caso apresentado, a paciente foi submetida ao procedimento clareador, sendo observada uma mudança satisfatória na coloração dos dentes em sessão única, tornando evidente, a satisfação da paciente em ver uma melhora em seu sorriso, de acordo com as suas expectativas. Optamos, dessa forma, por realizar o clareamento em consultório, pois tem com vantagem ser controlado pelo profissional e ágil pelo resultado.

Um sorriso estético é indispensável para a deslumbramento facial, que é um importante fator contributivo para o bem-estar psicossocial<sup>12,13</sup>. Além da estética, outro ponto a ser ressaltado, no bom andamento do tratamento odontológico, é o nível de ansiedade do paciente. A ansiedade é apresentada por um fenômeno que pode ser caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação que são experimentados por um indivíduo em um momento particular<sup>14</sup>. Um estudo<sup>15</sup> demonstrou que 28,2% dos pacientes apresentavam grau de ansiedade em relação ao tratamento. Esses pacientes eram, em sua maioria, do sexo feminino. Não houve diferença estatisticamente significativa para os grupos de faixa etária.

A existência de uma predisposição para ansiedade e medo do paciente está, em grande parte dos casos, relacionados à uma experiência anterior desagradável ou a insegurança ou transmissão de experiências de outras pessoas<sup>15,16</sup>. A ansiedade, quando associados ao tratamento odontológico, representam obstáculos que se iniciam na infância, por meio de experiências dolorosas, falta de conhecimento a respeito dos procedimentos, ao ambiente do consultório, repasses de histórias negativas por conhecidos, amigos e entre outros, apreensão e sensação de desconforto, que pode gerar ainda mais expectativas no paciente, podendo causar um impacto significativo na qualidade de saúde bucal e de vida do paciente pela estimulação da protelação a ida ao dentista<sup>17-19</sup>

Esse sentimento é o suficiente para levar pacientes a adiar ou cancelar suas consultas ou evitar o término de seu tratamento por completo<sup>20</sup>. Na odontologia elas causam dificuldades na condução do tratamento, mesmo que essas sensações negativas de fuga, esquiva ao tratamento já sejam consideradas algo corriqueiro no consultório, é importante salientar que a

Lima CP et al. A expectativa do paciente para o tratamento odontológico: relato de caso. RGS.2021;23(1): 98-108.

confiança depositada entre profissional e paciente pode ser conquistada ou perdida logo no primeiro momento<sup>21-23</sup>.

Por fim, o desenvolvimento de um planejamento completo e eficiente depende de uma sequência de tratamentos, compostos de procedimentos básicos que englobam urgências (dor e infecção), seguido de remoção de doenças, lesões cáries, restaurações dentárias, para então promover uma reabilitação funcional. Desta forma, constata-se a importância de um correto planejamento na reabilitação biológica, funcional, agregando qualidade e longevidade do tratamento e devolvendo ao paciente autoestima, segurança, saúde e inserção social.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do tratamento odontológico, comumente a ansiedade e o medo estão interligados e, em alguns casos, podem inviabilizar o planejamento e atendimento, é fundamental frisar a necessidade do reconhecimento do paciente temeroso e ou ansioso para realizar a melhor abordagem possível num primeiro momento e evitar transtornos posteriores.

Por meio deste trabalho conclui-se que, o tratamento odontológico integrado, exige expertise profissional na busca da reabilitação bucal, assim como um planejamento integrado, facilita a comunicação entre profissional e paciente, garantindo o sucesso do tratamento. Além disso, conhecer as expectativas e desejos do paciente em relação ao tratamento, manter um bom relacionamento profissional-paciente, considerando aspectos afetivos, cognitivos e psicomotores de cada paciente, é de grande importância na obtenção do sucesso clínico.

#### 5. REFERÊNCIAS

1. Menezes M, Carvalho E, Silva F, Reis G, Borges M. Reabilitação estética do sorriso com laminados cerâmicos: relato de caso clínico. *Revista Odontol. Bras Central*. 2015;24(68):37-43.
2. Rivera SM, Szala ER, Santos AT, Tapia SO. Multi-disciplinary prosthetic rehabilitation. Clinical case report. *Revista Odontológica*. 2012; 16(2):112- 122.
3. Schueigart MG, Salbego RS. Reabilitação estética anterior: um relato de caso. Trabalho de conclusão de Curso, Santa Maria- RS. 2015
4. Pegoraro LF, Bonafante G, Valle AL. Planejamento em reabilitação oral. In: Vanzillota, P. S; Santos, L. P. *Odontologia Integrada Atualização Multidisciplinar para o Clínico e o Especialista*. Rio de Janeiro. Ed. Pedro Primeiro;2003. p. 704.
5. Hook CR, Comer RW, Trombly RM, Guinn JW 3rd, ShROUT MK. Treatment planning processes in dental schools. *J Dent Educ*. 2002; 66(1): 68-74.
6. Medeiros CGG, Princípios básicos de estética aplicados na dentística Restauradora correção do sorriso: relato caso clinico. *Ver. Odontol. Bras Central*. 1999; 8(25): 19-22.

7. Muncinelli EAG, Pini NIP, Ferrari WF, Nunes MCP. Tratamento reabilitador integrado no restabelecimento funcional e estético: relato de caso clínico. *Revista Fluminense de Odontol.* 2011; 17(36): 44-6.
8. Carrilho EV, Paula, A. Reabilitações Estéticas Complexas Baseadas na Proporção Áurea, *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacia.* 2007; 48, (1): 43–53.
9. Poi WR, Trevisan CL, Lucas LVM, Pinheiro LMG. Considerações sobre o exame clínico integrado. *Revista. Assoc. Paul Cir. Dent.* 2003; 57(1): 19-22.
10. Junior NC, Metalocerâmica IPS Empress I, II e IPS Max: uma revisão de literatura. Monografia -Especialização em Prótese Dentária – Funorte, Lages-SC. 2011.
11. Zavanelli AC, Sônego MV, Zavanelli RA, Mazaro JV., Falcona-tenucci, R.M. Percepção e expectativa. *Revista Gaúcho Odontologia.* 2017 ;65 (3): 243- 248.
12. Carvalho FR, Jacobina M, Rocha BB, Leão PC, Carmo SFC, Almeida ES. Clareamento Dental, Protocolo de aplicação em dentes vitais: uma revisão da literatura *Revista . Mult. Psic.* 2019; 13( 47):857-874
13. Wang C, Hu WJ, Liang LZ, Zhang YL, Chung KH. Esthetics and smile-related characteristics assessed by laypersons. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry.* 2018;30(2):136–145.
14. Ferreira CM ,Filho GDE, Valverde GB, Moura EH, Deus G, Filho TC., Ansiedade Odontológica: Nível, prevalência e comportamento Trabalho de conclusão de curso, Fortaleza- CE 2004
15. Kanegane K., Penha SS, Borsatti MA, Rocha RG. , Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência.*Revista Saúde Pública.* 2003; 37: 786-92.
16. Pereira. Z., Barreto RC., Pereira GS.,Cavalcanti HR., Avaliação dos níveis de ansiedade em pacientes submetidos ao tratamento odontológico. *Revista Bras. Saúde.* 2013; 17(1): 55-64.
17. Saporetto F,Godoi BS, Silva DS,Cunha AP, Silveira LA, Brandi MT, Ansiedade frente ao tratamento odontológico em PSFs do município de Ponte Nova. *Pesquisa em psicología,* 2013; 5(1):177-182.
18. Meneses IHC, Prevalência de ansiedade odontológica e sua relação com fatores sócio econômicos entre gestantes de João Pessoa, *Bras. Rev. Cubana Estomatol.* 2014; 51(2): 8-13.
19. Armfield JM.,Heaton L J, Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J, Austrália;* 2013; 58 (1): 380-407.
20. Cunha SAV, Manejo do medo e ansiedade em odontologia. Trabalho de conclusão de curso, Maceio-AL. 2019
21. Melonardino AP, Rosa DP, Gimenes M. Ansiedade: detecção e conduta em odontologia. *Rev. Uningá.* 2016; 48 (1):76-83.
22. Murrer RD, Francisco SS. Endo, M M. Ansiedade e medo no atendimento odontológico e urgência *Revista. Odontol. Bras Central.* 2016; (67): 96-201
23. Gimenes M, Ansiedade: detecção e conduta em odontologia. *Rev.Uningá Paraná.*2016; 48, (1):76-83.