

UNIVERSIDADE CESUMAR UNICESUMAR
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

ORTODONTIA INTERCEPTIVA NA CLÍNICA INFANTIL

KARINE LOGULLO TRENTIN

PONTA GROSSA – PR

2021

KARINE LOGULLO TRENTIN

ORTODONTIA INTERCEPTIVA NA CLÍNICA INFANTIL

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Cesumar – UNICESUMAR como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia, sob a orientação do Prof. Dr. Murilo Sergio Príncipe Bizetto.

PONTA GROSSA – PR

2021

KARINE LOGULLO TRENTIN

ORTODONTIA INTERCEPTIVA NA CLÍNICA INFANTIL

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Cesumar – UNICESUMAR como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Odontologia, sob a orientação do Prof. Dr. Murilo Sergio Príncipe Bizetto.

Aprovado em: 15 de dezembro 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Murilo Sergio Príncipe Bizetto – Unicesumar

Prof. Dra. Patricia Trochmann Fanchin – Unicesumar

Dr. Alexandro Roberto Bittencourt - Especialista em Ortodontia e Ortopedia
Funcional dos Maxilares pela Universidade Camilo Castelo Branco (SP)

ORTODONTIA INTERCEPTATIVA NA CLÍNICA INFANTIL

Karine Logullo Trentin

RESUMO

Mordida cruzada posterior pode ser descrita quando ocorre uma inversão dos contatos oclusais dos dentes superiores com os inferiores por inclinações linguais indesejáveis dos dentes superiores posteriores e ou vestibular dos dentes posteriores inferiores. Em casos mais severos, pode ocorrer uma deficiência transversal na relação entre as bases ósseas, e nestas situações, os dentes posteriores superiores ocluem por lingual aos dentes inferiores, ocasionando uma condição oclusal instável e desconfortável. Esta maloclusão não se autocorrigue com o crescimento facial e normalmente deve ser aplicada uma terapêutica precoce por meio da expansão rápida da maxila (ERM). O objetivo desse trabalho foi relatar um caso clínico de paciente em dentadura mista com mordida cruzada posterior bilateral e que foi tratada por meio da disjunção palatal para reestabelecer a relação transversal correta entre os arcos dentários, devolvendo a harmonia e equilíbrio oclusal.

Palavras-chave: Maloclusão. Expansão Rápida da Maxila. Ortodontia Interceptora.

INTERCEPTATIVE ORTHODONTICS IN THE CHILDREN'S CLINIC

ABSTRACT

A posterior crossed bite could be described when an occlusal contact inversion of upper and lower teeth, by undesirable lingual inclinations in posterior upper or lower teeth and or buccal of lower posterior teeth. In the most severe cases, there might occur a transvertical disability in the bone bases relationships, and in those situations, the upper posterior teeth lingually occlude the lower teeth, causing an unstable and uncomfortable occlusal condition. This malocclusion does not self-correct with facial growth, and normally a precocious therapeutic should be applied by the rapid maxillary expansion (RME). This work's objective was to report a clinical case with mixed dentition with bilateral posterior crossbite, which was treated by palatal disjunction to reestablish the correct transverse between dental arches, restoring harmony and occlusal balance

Keywords: Malocclusion, Rapid maxillary expansion, Orthodontics Interceptive.

1 INTRODUÇÃO

Mordida cruzada posterior pode ser descrita quando ocorre uma inversão dos contatos oclusais dos dentes superiores com os inferiores, por inclinações linguais indesejáveis dos dentes superiores posteriores e ou vestibular dos dentes posteriores inferiores, ou também por uma deficiência transversal na relação entre as bases ósseas. Nestas situações os dentes posteriores superiores ocluem por lingual aos dentes inferiores, ocasionando uma condição instável e desconfortável (LOCKS, 2008).

A incidência da mordida cruzada posterior na dentadura decídua e mista é relevante, onde estudos epidemiológicos de Silva Filho, *et al.* 1990 e Almeida *et al.* 2011, apontaram uma prevalência que varia de 13,3% a 18,2%. Uma vez que esta malocclusão não se autocorrigue com o crescimento e desenvolvimento facial e da oclusão, estes índices são preocupantes.

Quando esta malocclusão é diagnosticada, é necessário que se estabeleça uma estratégia terapêutica precoce para que as bases ósseas fiquem harmoniosas nos sentidos: sagital, vertical e principalmente transversal (CAPELOZA FILHO, 1997).

Independente da etiologia da mordida cruzada, essa intervenção precoce é benéfica devido à bioplasticidade do esqueleto e do constante crescimento da sutura palatina o que permite a menor resistência à expansão. (HENRIQUES, 2005).

A mordida cruzada posterior pode ser unilateral ou bilateral, total ou parcial, em pacientes que apresentam esse tipo de discrepância óssea. O paciente pode apresentar crescimento alveolar vertical excessivo, apinhamento dental, palato profundo e estreito, além de espaços escuros no corredor bucal. (ANDRUCIOLI, 2020).

Para correção da mordida cruzada há necessidade de aplicação de um procedimento já consagrado na Odontologia, Expansão Rápida da Maxila, onde visa através da disjunção palatina buscar a conformação do arco dentário superior, devolvendo ao indivíduo a harmonia da oclusão. Independente da técnica utilizada pelo profissional, esses aparelhos têm a função de promover a ruptura da sutura palatina de forma efetiva, a fim de buscar uma ampliação da base óssea. Ao término do tratamento a formação óssea ocorre após três meses de contenção, sendo

necessário o acompanhamento radiográfico ou tomográfico da região para evitar recidivas no tratamento (MARTINS, 2009).

A Expansão Rápida da Maxila consiste em alargamento da sutura palatina mediana produzida pela força de um deslocamento lateral dos dois processos horizontais da maxila, um crescimento na base óssea maxilar e mandibular. Quando essa intervenção ocorre precocemente, evita que o tratamento ortodôntico avance com compensações dentárias, pois promove uma expansão da base óssea facilitando o movimento ortodôntico (RODRIGUES, 2012).

A disjunção palatina pode ser efetuada através de dois grupos de aparelhos: Haas (dentomucosuportado) e Hyrax e o Disjuntor de McNamara (dentossuportado). Tanto um quanto outro apresentam parafuso expansor palatino, promovendo a ruptura das suturas pterigopalatina, frontomaxila, nasomaxilar e sigomático-maxilar, corrigindo assim as bases ósseas transversais (SCANAVINI, 2006).

Tanto no aparelho Haas como no Hyrax é importante orientar o paciente sobre a higienização constante, que deve ser feita através de bochecho com colutório diariamente, dando atenção para a parte acrílica do aparelho e o contato com o palato, evitando lesões ulcerativas causada por restos alimentares e higiene insatisfatória (CABRERA, 2000).

Silva Filho discorre sobre a ossificação da sutura palatina realizada em crianças de oito aos treze anos de idade. Com três a quatro semanas da Expansão Rápida da Maxila, o tecido já mostrava indícios de inflamação com acentuada atividade osteoblástica, o que comprova que três meses após a ruptura da sutura palatina é suficiente para ossificação completa. (SILVA FILHO, 2009)

O disjuntor palatino tipo Haas, utilizado em crianças ainda na fase da dentadura decídua pode resultar em uma melhora na respiração nasal, saúde da articulação temporomandibular, além de um aumento espontâneo da largura do arco inferior. Segundo o autor, este aparelho é construído com conexões palatinas e assentado sobre uma base de acrílico que se apoia na abóboda palatina. (FEREIRA, 2007)

O objetivo desse trabalho foi relatar um caso clínico de tratamento precoce da mordida cruzada posterior por meio da disjunção palatal.

2 MATERIAL E MÉTODO – RELATO DE CASO

A paciente A.R.O., 9 anos, procurou atendimento na Clínica Odontológica da Faculdade Unicesumar - Unidade Ponta Grossa, para avaliação na disciplina da Clínica Integrada Infantil I. Na primeira consulta foram preenchidas as fichas clínicas da anamnese, história médica e odontológica e de avaliação ortodôntica. A avaliação clínica sugeriu uma suposta discrepância transversal entre os arcos, e por isso foi solicitada uma documentação ortodôntica complementar. Após a interpretação dos dados destes exames foi determinado que a paciente tinha um padrão mesiofacial com a relação de bases ósseas equilibradas, tanto no sentido ântero-posterior quanto no vertical e perfil facial levemente convexo com lábios selados passivamente. (Fig. 1).

Fig. 1 – Fotos extrabucais



A – Foto frontal; B – Foto lateral; C – Foto Sorrindo. FONTE: O autor.

A paciente encontrava-se na fase de dentadura mista, início do segundo período transitório, de acordo com Van Der Linden, com a relação de molares permanentes topo a topo e caninos decíduos em chave de oclusão, com overjet de 2mm e um overbite menor que 5%. Na relação transversal foi observado mordida cruzada posterior do lado direito em máxima intercuspidação habitual, sendo que na manipulação da mandíbula em relação cêntrica foi constatada a tendência da mordida cruzada posterior bilateral, pela atresia maxilar (Fig. 2).

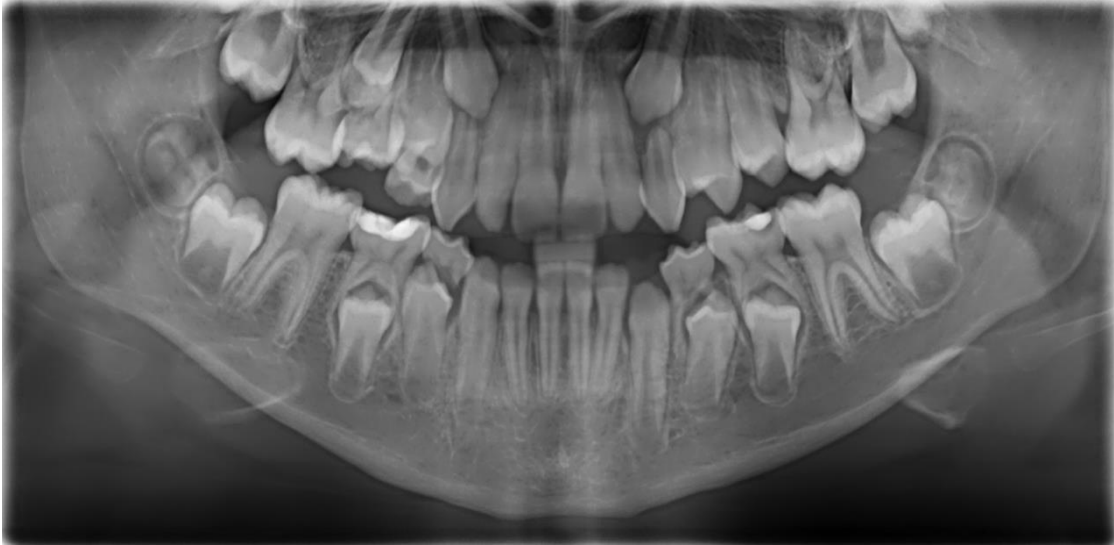
Fig. 2 – Fotos iniciais



A – Foto lateral direita; B – Foto frontal; C – Foto lateral esquerda; E – Foto oclusal superior; D – Foto oclusal inferior. Fonte: O autor.

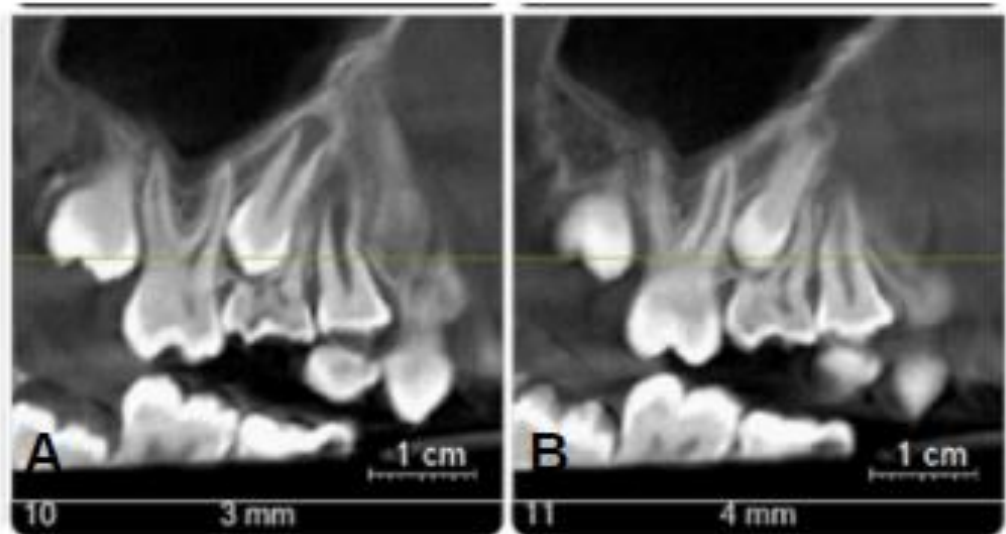
Na análise radiográfica a paciente apresentava estágio avançado de rizólise do primeiro molar decíduo superior esquerdo (64), além de uma suspeita de rizólise irregular do segundo molar decíduo superior esquerdo (65), motivo pelo qual foi solicitada uma tomografia Cone Bean (Fig. 3, Fig. 4 e Fig. 5).

Fig. 3 – Radiografia panorâmica



FONTE: O autor.

Fig. 4 – Cortes tomográficos evidenciando rizólise irregular



A – Corte sagital 3mm; B – Corte sagital 4mm. FONTE: O autor.

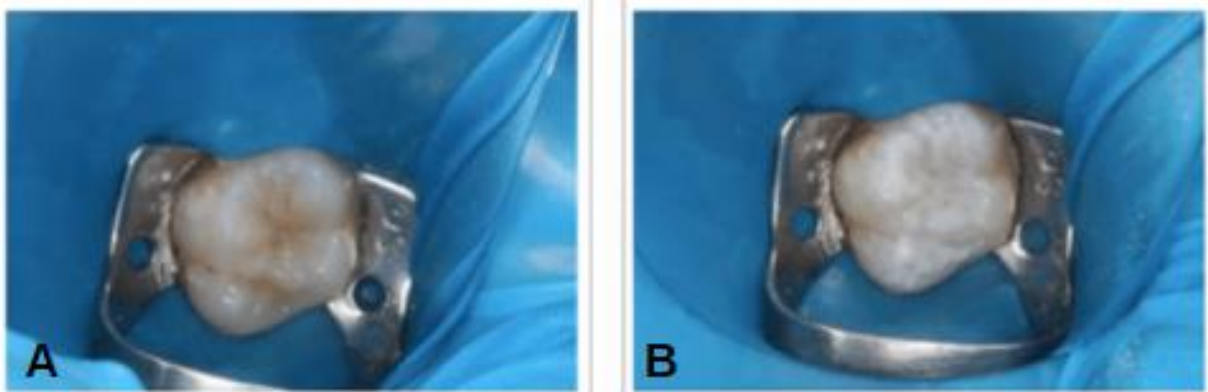
Fig. 5 – Radiografia periapical segundo molar decíduo superior esquerdo (65)



FONTE: O autor.

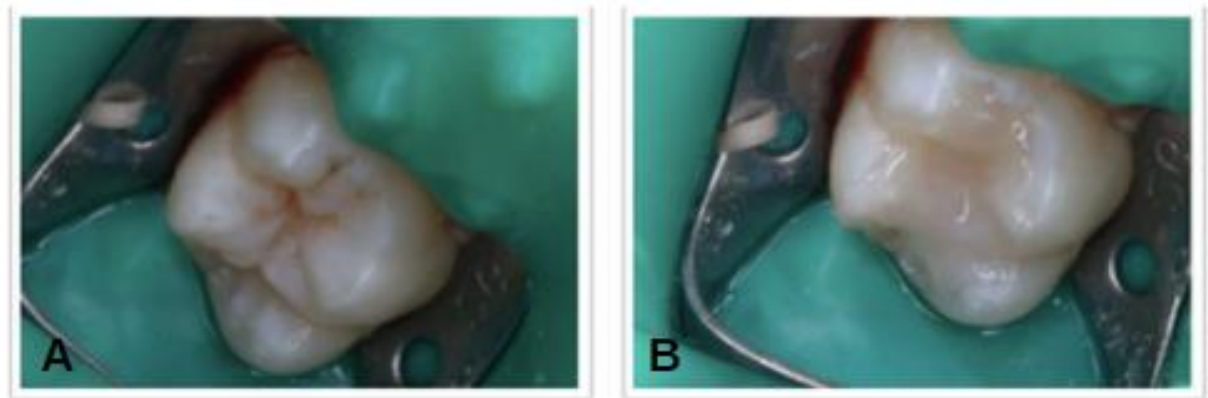
Antes da instalação do aparelho foi realizado o planejamento clínico para adequação do meio bucal, indicado uma profilaxia com escova de Robson e pasta profilática (Dentsply), selamento (Fluroshield Dentsply) do molar permanente superior direito (16) e selamento do molar permanente esquerdo (26) sob isolamento absoluto e exodontia do decíduo superior esquerdo (65), que na tomografia Cone Bean estava com rizólise incompleta na raiz mesiodistal.

Fig. 6 – Selante molar superior direito (16)



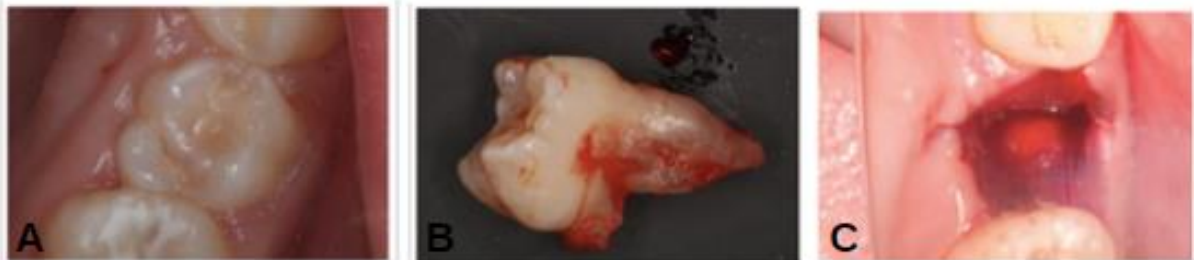
A – Elemento dental 26; B – Elemento dental 26 com selante. FONTE: O autor.

Fig. 7 – Selante molar superior esquerdo (26)



A – Elemento dental 16; B – Elemento dental 16 com selante. FONTE: O autor.

Fig. 8 – Exodontia do segundo molar decíduo superior esquerdo (65)

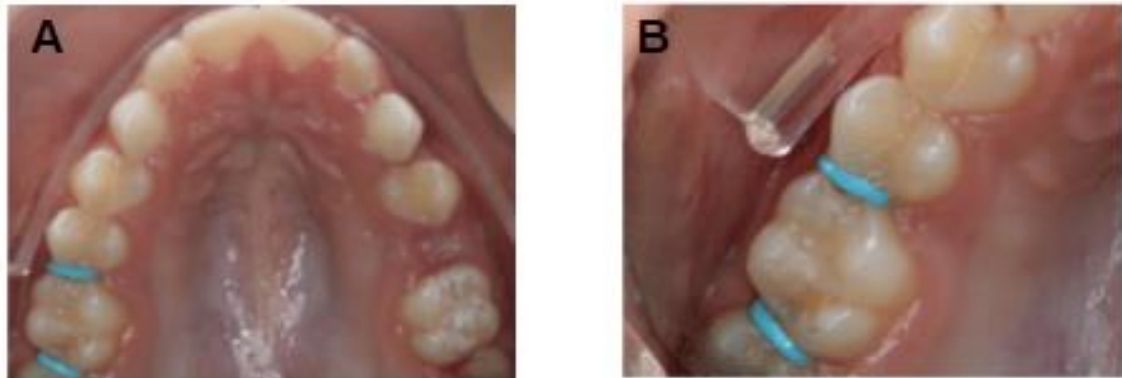


A – Elemento 65 antes da extração; B –Elemento dental 65 extraído; C – Alvéolo depois da exodontia. FONTE: O autor.

Após a adequação clínica e a exodontia do dente decíduo superior esquerdo (65) foram aguardados dois meses para a maior erupção dos dentes pré-molares permanentes superiores. Devido a essa situação clínica e cronológica de erupção dentária, o aparelho selecionado para o tratamento foi o disjuntor de Hass por ser um aparelho ancorado em dentes e mucosa do palato duro (dentomucosuportado).

Decorridos os dois meses, foram instalados separadores ortodônticos entre o molar permanente superior direito (16), o segundo pré-molar superior direito (15) e segundo molar permanente direito (17). No lado esquerdo, o pré-molar permanente superior esquerdo (25) e o segundo molar (27) não estavam erupcionados, sem necessidade da separação.

Fig. 9 – Separador ortodôntico



A – Separador ortodôntico dente 16; B – Foto aproximada do separador ortodôntico. FONTE: O autor.

Na consulta seguinte à separação, foram selecionadas bandas ortodônticas (Morelli – numeração BU 35,5) nos primeiros molares superiores (16/26) (Fig.10). Após os ajustes e desgastes dessas bandas nas regiões proximais, a paciente foi moldada com alginato de alta performance (Cavex Color Change). As bandas foram retiradas dos dentes e transferidas para a moldagem, onde foram fixadas com adesivo instantâneo universal (Super bond), para evitar o deslocamento durante o transporte ao laboratório e vazamento do gesso para obtenção do modelo de trabalho. Novos elásticos separadores foram recolocados para eliminar uma nova consulta de separação dentária antes da instalação do disjuntor.

Fig. 10 – Bandas ortodônticas



FONTE: O autor.

Após quatro dias foi agendada a consulta para provar o aparelho e, se necessário, realizar alguns ajustes antes da cimentação. Uma vez que o encaixe e adaptação foram precisos, procedeu-se a cimentação com Cimento de Ionômero de Vidro (Meron Voco) aplicado nas bandas ortodônticas e em campo isolado relativamente da umidade. O cimento foi manipulado conforme a orientação do fabricante, espalhado por toda a extensão interna das bandas e o aparelho foi inserido na cavidade bucal com auxílio de calcadores e mordedores de banda. O tempo médio aguardado para presa inicial do cimento de ionômero de vidro foi de aproximadamente oito minutos (Fig 11).

Fig. 11 – Aparelho instalado



FONTE: O autor.

Após 24 horas de instalação do aparelho, foi estabelecido o seguinte protocolo de ativação: $\frac{2}{4}$ de volta no momento da explicação das ativações, sendo $\frac{1}{4}$ de volta feito pelo profissional e $\frac{1}{4}$ de volta pelo responsável do paciente. A partir do dia seguinte, foi orientado que as demais ativações fossem feitas com protocolo de $\frac{2}{4}$ de voltas por dia, com intervalo de 12 horas entre elas. O acompanhamento clínico no período de ativação foi semanal até a obtenção de uma relativa sobrecorreção da mordida cruzada posterior, onde a cúspide palatina dos primeiros molares permanentes superiores (16/26) encontra a cúspide vestibular dos primeiros molares permanentes inferiores (36/46). Após treze dias de ativações foi estabelecida esta sobrecorreção e o parafuso do aparelho disjuntor foi estabilizado com Resina Flow A1 (Master Flow Biodinâmica), a fim de mantê-lo passivo como contenção da expansão por 120 dias.

3 RESULTADO DO TRATAMENTO

O aparelho foi removido após 120 dias a contar da estabilização e as alterações dimensionais transversais da arcada superior foram observadas visualmente e no modelo de gesso pós remoção. A medida transversal avaliada entre as cúspides de caninos superiores aumentou de 40 mm para 52mm e entre as fossas centrais de primeiros molares permanentes aumentou de 50 mm a 62 mm. (Fig. 12 e 13). Outro sinal característico da eficiência da disjunção foi a observância de diastemas entre os incisivos centrais superiores, uma vez que a ruptura da sutura palatina pela abertura triangular da área frontoalveolar é maior do que em outras partes da sutura palatina. Após a estabilização ocorrerá neoformação óssea entre os maxilares separados e o aumento na dimensão transversal da maxila vai se tornar permanente. A abertura da sutura mediana não ocorre de maneira paralela e sim de forma piramidal da região posterior para a anterior, devido maior resistência das lâminas pterigoideas e do osso esfenóide.

Fig. 12 – Aparelho instalado



Fonte: O autor.

Fig.13 - Aparelho com expansão completa



Fonte: O autor.

Fig. 14 – Término da ativação do aparelho



A – Foto com o expansor antes do travamento; B - Foto frontal com os diastemas; C – Foto com diastema aproximado. Fonte: O autor.

O acompanhamento clínico da sobrecorreção pós-tratamento ocorreu por mais 3 meses subsequentes à remoção do disjuntor. Na sequência, a paciente foi encaminhada à clínica odontológica particular para continuar o tratamento ortodôntico corretivo completo da relação dentária em classe II de Angle.

Fig. 15 – Sorriso nas etapas dos aparelhos



A – Mordida cruzada bilateral; B – Diastemas nos incisivos centrais; C – Estabilização do aparelho. Fonte: O autor.

Fig.16 – Documentação ortodôntica ao término da expansão palatina



Fonte: O autor.

4 DISCUSSÃO

Autores como Silva Filho, Capelozza Filho, Scanavini, Martins e Rodrigues são unânimes em afirmar que a intervenção precoce e a instalação de expansores palatinos são de fundamental importância para romper a sutura palatina e permitir uma melhora na respiração e fonação do indivíduo em idade precoce. Bueno e Eichenberger, em seus trabalhos ressaltam também que muitas crianças que apresentavam infecções respiratórias, otite média, respiração nasal e alergias tiveram uma grande melhora com a disjunção palatina. No caso clínico apresentado houve o

relato da mãe, responsável pela paciente, sobre o ganho estético facial que foi observado pelo preenchimento do espaço denominado corredor bucal. Além disso, a mãe também relatou significativa melhora no padrão respiratório.

Segundo Scanavini, Capelozza Filho e Silva Filho não se observa muita diferença entre a utilização do Haas ou Hyrax, pois os dois aparelhos tanto um quanto o outro promovem a expansão da sutura palatina. Ferreira (2007) afirmou que o disjuntor Hyrax é apontado como o aparelho que melhor permite a higienização. No relato de caso apresentado nesse trabalho o aparelho selecionado para disjunção maxilar foi o aparelho Haas modificado devido ao estágio do desenvolvimento da dentição da paciente e a diminuição do suporte dentário para a instalação do outro tipo de aparelho. Contudo, foi ressaltado à paciente os cuidados necessários com a higienização.

Dentre os protocolos estabelecidos em literatura, Scanavini, Tanaka, Ferreira, Martins e Rodrigues, o mais consagrado foi o que inicia a ativação após 24 horas de instalação do aparelho. Estes autores estabeleceram como melhor protocolo o de $\frac{2}{4}$ de volta por dia, sendo $\frac{1}{4}$ de volta pela manhã e $\frac{1}{4}$ de volta à noite durante aproximadamente de 12 a 15 dias, onde a força empregada é leve e constante.

Autores como Cabrera, Andrucioi e Henriques preconizam um protocolo de 1 volta ao dia, sendo $\frac{2}{4}$ volta pela manhã, após um intervalo de 10 minutos entre elas e no final da tarde mais $\frac{2}{4}$ volta mantendo o mesmo intervalo. Os resultados desses trabalhos mostraram a abertura da sutura palatina mediana obtida após 13 dias de ativação, aplicando o protocolo de $\frac{2}{4}$ de volta por dia o que corrobora com a maioria dos autores, uma vez que não foram observados resultados diferentes estatisticamente significativos de protocolos com mais ativações diárias.

Silva Filho afirmou em seu artigo que pelo menos 3 meses são necessários para a completa formação óssea na região da abertura da sutura palatina mediana, e que nessa fase há necessidade de se manter o aparelho passivamente em boca por pelo menos 6 meses. Baratieri afirma que o expansor mantido durante seis meses, beneficia não somente a formação óssea, mas também ajuda a manter as dimensões transversais e a inclinação dentoalveolar. Nesse caso clínico o protocolo estabelecido foi o de 6 meses buscando uma menor recidiva até a paciente poder instalar o aparelho ortodôntico fixo.

5 CONCLUSÕES

Pelo caso clínico relatado pode-se concluir que:

A correção da mordida cruzada posterior precocemente na rotina da clínica infantil deve ser um procedimento habitual na interceptação dessa maloclusão;

O aparelho disjuntor palatino Hass pode ser uma alternativa para esses tratamentos interceptivos dependendo do estágio do desenvolvimento da dentição (início do segundo período transitório de Van der Linden);

O protocolo de ativação $2/4$ de volta por dia do parafuso expensor com intervalo de 12 horas promoveu o resultado esperado favorável da expansão rápida da maxila o que foi constatado pelos exames radiográficos, clínico faciais e oclusais.

A ativação durante 13 dias foi o suficiente para se obter a sobrecorreção desejada.

REFERÊNCIAS

AGARWAL, A.; MATHUR, R. Maxillary expansion. **International journal of clinical pediatric dentistry**, v. 3, n. 3, p. 139-146, sep./dec. 2010.

ANDRUCIOLI MCD, MATSUMOTO MAN. Transverse maxillary deficiency: treatment alternatives in face of early skeletal maturation. **Dental Press J Orthod**. 2020 Jan-Feb;25(1):70-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-6709.25.1.070-079.bbo>

BARATIERI, C. *et al.* Efeitos transversais da expansão rápida da maxila em pacientes com má oclusão de Classe II: avaliação por Tomografia Computadorizada Cone-Beam. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 15, n. 5, p. 89-97, out. 2010.

BERGAMASCO, F. C. **Expansão rápida da maxila**. 2015. 41f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, 2015.

BUENO, C. D. *et al.* Efeitos da expansão rápida de maxila na audição: revisão sistemática da literatura. **Audiology-Communication Research**, v. 21, n. 0, p. 1-8, set. 2016.

CABRERA, C. A. G; CABRERA, M.C. **Ortodontia Clínica**. Curitiba: Produções Interativas Ltda, 2ª. ed. 2005.

CABRERA, C. A. G. *et al.* **Ortodontia operacional – para profissionais e sua equipe**. Curitiba: Produções Interativas Ltda, 2ª. ed. 2000.

CAPELOZZA FILHO, L.; SILVA FILHO, O. G. Expansão rápida da maxila: considerações gerais e aplicação clínica. Parte I. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Maxilar**, v. 2, n. 3, p. 88-102, maio/jun. 1997.

DAVID, S. M. N. *et al.* Avaliação e mensuração da sutura palatina mediana por meio da radiografia oclusal total digitalizada em pacientes submetidos à expansão rápida maxilar. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 14, n. 5, p. 62-68, out. 2009.

EICHENBERGER, M.; BAUMGARTNER, S. The impact of rapid palatal expansion on children's general health: a literature. **European journal of paediatric dentistry**, v. 15, n. 1, p. 67-71, mar. 2014.

FERREIRA, C. M. P. *et al.* Efeitos dentais e esqueléticos mediatos da ERM utilizando o disjuntor Hyrax. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 12, n. 4, p. 36-48, jul./ago. 2007.

HENRIQUES, José Fernando Castanha *et al.* Correção das alterações transversais da maxila e da má oclusão de Classe II com aparelho expensor de Haas e distalizador Jones Jig. **Rev. Clín. Ortod. Dent. Press**, p. 73-83, 2005.

LOCKS, A. *et al.* Mordida cruzada posterior: uma classificação mais didática. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 13, n. 2, p. 146-158, apr. 2008.

MARTINS, M. C. F. *et al.* Expansão rápida da maxila: análise da densidade radiográfica da sutura palatina mediana e sua correlação nos estágios de neoformação óssea, por meio de imagem digitalizada. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 14, n. 5, p. 38e1-38e9, set./out. 2009.

RODRIGUES, L. R. L. *et al.* Protração maxilar associada à disjunção maxilar ortopédica. **Revista Clin Ortodon Dental Press Maringá**, v. 6, n. 3, p. 48-56, jun/jul. 2007.

SCANAVINI, M. A. *et al.* Avaliação comparativa dos efeitos maxilares da expansão rápida da maxila com os aparelhos de Haas e Hyrax. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 11, n. 1, p. 60-71, fev. 2006.

SILVA FILHO, O. G. *et al.* Ossificação da sutura palatina mediana após o procedimento de expansão rápida da maxila: estudo radiográfico. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 13, n. 2, p. 124-131, mar./abr. 2008.

USINGER, R. L.; DALLANORA, L. M. F. Disjunção rápida da maxila - Revisão de literatura. *In: AÇÃO ODONTO*, 2., 2017, Santa Catarina. **Anais...** Santa Catarina: VII JORNADA ACADÊMICA DE ODONTOLOGIA - UNOESC, 2017, p. 67-73.

APÊNDICE A – DOCUMENTAÇÕES ODONTOLÓGICAS



Curso de Odontologia
Clínica Integrada Infantil
Prontuário Odontológico

Acadêmica responsável

KARINE TRENTIN

12. TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Eu, Andressa Rebelato de Oliveira
(RG nº 0.799.782-4), responsável pelo menor Amanda Rebelato de Oliveira, concordo com a realização de exame odontológico clínico/radiográfico em meu (minha) filho(a). Fui informado a respeito do plano de tratamento proposto e concordo com sua realização na Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia da Unicesumar Ponta Grossa pelos acadêmicos do Curso de Odontologia, supervisionados pelos professores responsáveis. Fui esclarecido e concordo com o uso de abridor de boca (borracha, Molt ou similar) e/ou o uso da técnica da estabilização protetora se necessário durante a realização do tratamento. Concordo com toda orientação que receberei, que respeita os princípios éticos e científicos concernentes à Odontologia e comprometo-me a acompanhar e seguir as recomendações e prescrições que me forem passadas.

Também estou ciente e concordo que, durante o tratamento, eu (ou o acompanhante) deverei permanecer na sala de espera, excetuando-se situações em que minha presença seja requisitada.

Concordo plenamente que todas as radiografias, fotografias, resultados de exames clínicos e de laboratório, e quaisquer outras informações concernentes ao tratamento odontológico sejam utilizadas para fins de ensino e pesquisa, além de sua divulgação em jornais e revistas científicas do país e exterior, tendo-me sido assegurado que será resguardada a identidade da criança/adolescente.

Por fim, declaro que as informações que prestei a respeito do(a) meu (minha) filho (a) são verdadeiras.

Ponta Grossa, 04 de NOVEMBRO de 20 19

Andressa

Assinatura do Pai/Responsável



UNICESUMAR – PGO
Trabalho de Conclusão de Curso
Curso de ODONTOLOGIA

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE PLÁGIO

(Prática ilegal de apropriar-se da obra de terceiros sem autorização e sem a referência devida).

Título do Trabalho:

ORTODONTIA INTERCEPTATIVA NA CLÍNICA INFANTIL

Acadêmico(s):

KARINE LOGULLO TRENTIN


Eu, MURILO SÉRGIO PRINCIPE BIZETTO declaro que verifiquei este trabalho através o programa google acadêmico, google e outras ferramentas de pesquisas e este não contém plágio conforme especificado no regulamento interno do Trabalho de Conclusão de Curso de ODONTOLOGIA da UniCesumar.

Eu estou consciente que a utilização de material de terceiros, incluindo uso de paráfrase sem a devida indicação das fontes será considerado plágio, e estará sujeito à reprova no trabalho de Conclusão de Curso e sanções legais.

Ponta Grossa, 25 de outubro de 2021.

MURILO SÉRGIO PRINCIPE BIZETTO

FORMULÁRIO DE CONTROLE DE ORIENTAÇÃO

			UNICESUMAR – Centro Universitário Cesumar		
			Pró-Reitoria Acadêmica		
Disciplina: Trabalho de Conclusão de Curso			FORMULÁRIO DE CONTROLE DE ORIENTAÇÃO		
Curso: ODONTOLOGIA			Série: 4ª	Turma:	Turno: INTEGRAL
Professor(a): Murilo Sérgio Príncipe Bizetto					
Data: 01/03/2021			Horário: a combinar durante a orientação		
Acadêmico(a): Karine Logullo Trentin				RA: 18563562	
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO: <input type="checkbox"/> O formulário deve ser preenchido em todos encontros entre professor e aluno. <input type="checkbox"/> O aluno e orientador deverá rubricar em cada encontro atividade. <input type="checkbox"/> No final do ano, ao término da orientação o aluno e o orientador deverão assinar o formulário. <input type="checkbox"/> O orientador deverá entregar o formulário preenchido, assinado e finalizado para o professor responsável pela disciplina.					
Orientação	DIA/MÊS	Nº de horas	ATIVIDADES	Visto acadêmico	Visto orientador
1	01/03	1	Revisão dos artigos		
2	22/03	2	Leitura e correção do pré projeto		
3	28/03	2	Correção do pré projeto e discussão		
4	29/03	2	Adequação do pré projeto e início do projeto		
5	21/04	2	Apresentação em power point do pré projeto		
6	23/04	2	Correção da apresentação power point		
7	17/06	2	Envio do power point final		
8	06/09	2	Trabalho impresso para correções		
9	13/09	2	Correção da descrição do caso		
10	20/09	2	Correção das figuras início da discussão e conclusão		
11	12/10	2	Análise de discussão e conclusão		
12	25/10	2	Revisão de discussão e conclusão		
13	26/10	2	Inclusão de mais autores no trabalho		
14	08/11	2	Entrega do trabalho		

Total de Horas	Assinatura do acadêmico	Assinatura do Orientador
27 horas		

Data de recebimento	Assinatura do Coordenador



UNICESUMAR – PGO
Trabalho de Conclusão de Curso
Curso de ODONTOLOGIA

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO INDIVIDUAL DO ACADÊMICO

Acadêmico (a): KARINE LOGULLO TRENTIN RA:18563562

Título do trabalho: **ORTODONTIA INTERCEPTATIVA NA CLÍNICA INFANTIL**

SEGUNDA AVALIAÇÃO DO ORIENTADOR

CRITÉRIO	AVALIAÇÃO	NOTA
Comprometimento do Aluno com o projeto		
Procura antecipada do aluno para delineamento do projeto		
Realização das Correções por parte do aluno referente pedidas pelo orientador		
Cumprimento do cronograma pré-determinado pelo orientador		
Cumprimento dos prazos determinados para envio do projeto para correção e para apreciação de órgãos de avaliação como Comitê de Ética		
		SOMATÓRIO:
		MÉDIA FINAL:

Atribuição das notas:

AVALIAÇÃO (NOTA) Excelente (9,0 a 10,0)

- Muito bom (8,0 a 8,9)
- Bom (6,0 a 7,9)
- Razoável (5,0 a 5,9)
- Inadequado (zero a 4,9)

MURILO SÉRGIO PRINCIPE BIZETTO

DECLARAÇÃO REVISÃO LÍNGUA PORTUGUESA

Eu, _____ (nome completo), professor (a) de Língua Portuguesa, declaro, para os devidos fins e efeitos, e para fazer prova junto à Coordenação do curso de _____ da Universidade Cesumar - UNICESUMAR, que realizei a avaliação gramatical do Trabalho de Conclusão de Curso **ORTODONTIA INTERCEPTIVA NA CLÍNICA INFANTIL** de autoria de **KARINE LOGULLO TRENTIN**. Por ser verdade, firmo a presente declaração.

Ponta Grossa, 15 de novembro de 2021.