

Aula 00 - Prof. Mirela

*Prefeitura de Camboriú-SC (Cirurgião
Dentário ESF) Conhecimentos
Específicos - 2026 (Pós-Edital)*

Autor:

**Breno da Silva Caldas Júnior,
Cássia Reginato, Larissa Oliveira
Ramos Silva, Ligia Carvalheiro
Fernandes, Mirela Sangoi Barreto,
Raquel Cardoso, Renata Pereira
de Sousa Barbosa, Stefania Maria
Bernardi Possamai Marques**

15 de Abril de 2026

APRESENTAÇÃO

Olá, **Corujas!**

Tudo bem? 😊

O seu edital foi lançado e a **equipe da Odontologia do Estratégia Saúde** vai te ajudar a conquistar a tão sonhada aprovação. Qual o primeiro passo? Conhecer a sua banca!

A última prova realizada pela **IDECAN para Cirurgião-Dentista** foi a prova da **SESAP-RN, em 2025**.

Como percepções desta prova, podemos observar:

- **Questões bem distribuídas nos conteúdos;**
- **Nível fácil à médio de dificuldade;**
- **Enunciados curtos e de fácil compreensão;**
- **Várias questões "batidas", que já caíram em outros concursos!**

Preparamos um super Raio X estratégico dos assuntos mais cobrados pela banca nas últimas provas realizadas!



PROVA SESAP RN - 2025 - CD

CONTEÚDO	NÚMERO DE QUESTÕES	PORCENTAGEM NA PROVA ESPECÍFICA
Patologia	5	16,6%
Farmacologia	4	13,3%
Cirurgia	3	10%
Anestesiologia	3	10%
SUS e Saúde coletiva (na prova específica)	2	6,6%
Dentística	2	6,6%
Endodontia	2	6,6%
Cariologia/Odontopediatria	2	6,6%
Traumatismo dentoalveolar	2	6,6%
Periodontia	1	3,33%
Materiais dentários	1	3,33%



Oclusão	1	3,33%
Flúor	1	3,33%
Biossegurança	1	3,33%

PROVA FMS TERESINA - PLANTONISTA 2024

CONTEÚDO	NÚMERO DE QUESTÕES	PORCENTAGEM NA PROVA ESPECÍFICA
SUS	1 (ESPECÍFICA) + 5	20%
Cariologia	6	20%
Patologia	3	10%
Endodontia	2	6,6%
Radiologia	2	6,6%
Pacientes sistemicamente comprometidos	2	6,6%
Semiologia	2	6,6%
Biossegurança	2	6,6%
Periodontia	2	6,6%
Prótese	1	3,3%
Anestesiologia	1	3,3%
Anatomia	1	3,3%
Trauma em dentes permanentes	1	3,3%
Cirurgia	1	3,3%
Odontopediatria	1	3,3%
Código de Processo Ético	1	3,3%



PROVA FMS TERESINA - CIRURGIÃO DENTISTA ESF 2024

CONTEÚDO	NÚMERO DE QUESTÕES	PORCENTAGEM NA PROVA ESPECÍFICA
SUS	2 (ESPECÍFICA) + 5	20%
Cariologia	6	20%
Anestesiologia	4	13,3%
Periodontia	3	10%



Biossegurança	2	6,6%
Pacientes sistemicamente comprometidos	2	6,6%
Trauma em dentes permanentes	2	6,6%
Materiais	1	3,3%
Endodontia	1	3,3%
Prótese	1	3,3%
Odontopediatria	1	3,3%
Patologia	1	3,3%
Radiologia	1	3,3%
Cirurgia	1	3,3%
Perícia	1	3,3%
Código de Processo Ético	1	3,3%

Agora você já sabe as matérias com maior peso nas provas realizadas pela banca para direcionar seu estudo. Você encontrará mais detalhes sobre os conteúdos mais cobrados no nosso curso (ex: na prova para cirurgião dentista, caíram duas questões sobre a classificação ASA dentro do tópico avaliação do paciente sistemicamente comprometido e 2 questões de ART dentro de cariologia).

Estamos aqui para direcionar o seu estudo de forma certa.

Acredite! Com o nosso material você **ganha tempo e consegue estudar no pós-edital de forma direcionada!**

Você está no caminho certo e **estaremos juntos nessa jornada!**



CORUJINHA APROVADA!



CORUJA APROVADA

VEJA O DEPOIMENTO DE QUEM ESTUDOU PELO NOSSO MATERIAL E FOI APROVADO NO ÚLTIMO CONCURSO REALIZADO PELA BANCA!

Nome: Fernanda Paz

Concurso prestado: Prefeitura de Fortaleza - FAGIFOR 2024 (Banca IDECAN)

Colocação: 1º colocada

" Eu já tinha a assinatura básica do Estratégia e quando lançou o edital eu comecei a estudar o curso específico para esse concurso.

Eu assisti todas as videoaulas de teoria, onde dava para assistir, eu estava assistindo e li os PDF's também, além de assistir a revisão de véspera que é ótima para lembrar o conteúdo.

Eu revisava por um caderno no qual eu fazia alguns resumos das matérias e as aulas de questões também ajudavam bastante na revisão.

Eu tinha mais dificuldade em dentística, achava que tinha muitos detalhes, então era a que eu dedicava mais tempo.

Acho que meu principal erro foi não ter reservado um tempo certo para as revisões, acho que a gente acaba esquecendo algumas coisas ao longo da preparação. E meu principal acerto, foi estabelecer "metas de estudo", então eu dividia o que eu queria e precisava estudar naquele dia, tipo um cronograma pra não deixar tão solto.



O meu recado para as pessoas que estão nesse caminho é para que não desistam, terão dias super cansativos, dias que nada faz sentido, dias que a gente acha que não sabe de nada rsrs... mas acho que é assim para todo mundo e uma hora nossa vez chega e então nosso nome aparece na lista dos aprovados, aí a gente vê que todo esforço valeu a pena!

Queria aproveitar e agradecer toda a equipe do estratégia que é maravilhosa, desde a equipe das disciplinas gerais até a turma das disciplinas específicas."



CONHEÇA OS CONTEÚDOS MAIS COBRADOS PELA BANCA

SUS e Saúde Coletiva

Níveis de Prevenção

Olá, corujinha, vamos começar sabendo das bases da Medicina preventiva para depois sermos mais específicos em relação à Promoção de Saúde em Odontologia.

A base conceitual do movimento da medicina preventiva foi sistematizada no livro de Leavell e Clark, Medicina Preventiva (1976), cuja primeira edição foi publicada em 1958. Esses autores discutem três conceitos importantes no campo da medicina preventiva:



1. A famosa "tríade ecológica", que define o modelo de causalidade das doenças a partir das relações entre **agente, hospedeiro e meio ambiente**.
2. O conceito de **história natural das doenças**, definido como "todas as inter-relações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar (pré-patogênese), passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte (patogênese).
3. O conceito de **prevenção**, definido como "ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença".

A evolução das compreensões do que vem a ser saúde e doença estão na base dessa mudança, como a primeira grande discussão que embasa as alterações que se fizeram no sistema de saúde. Por este motivo, vamos discutir os conceitos de saúde e doença e sua evolução.

A História natural das doenças e classificação das medidas preventivas

Podemos definir a **História Natural da Doença** como **o conjunto de processos interativos que compreendem as interrelações do agente, hospedeiro (susceptível) e meio ambiente**.

As alterações, resultantes desse processo, podem resultar em um defeito, invalidez, recuperação ou morte.



Leavell e Clark, no ano de 1976, foram os primeiros a sistematizar esse modelo processual dos fenômenos patológicos. Eles explicam o **desenvolvimento da doença dividindo em dois momentos** sequenciais o desenvolvimento do processo saúde-doença:



A **História Natural da Doença** trata-se da inter-relação do agente, do hospedeiro e do meio ambiente para a manifestação de um agravo ou doença. Conhecer tais fatores guiam ações que visam detectar precocemente fatores, modificar o curso de uma doença e melhorar o planejamento, priorizando programas de saúde pública.

1) Período de pré-patogênico:

É a interação preliminar dos fatores relacionados com o agente potencial, o hospedeiro e o meio-ambiente na produção da doença. Fatores hereditários, sociais e econômicos, ou do meio ambiente se relacionam resultando em condições para a instalação da doença.

Resumindo: **o período pré-patogênico ocorre antes do ser humano adoecer.**

Lembre-se: incluem os condicionantes sociais e ambientais e os próprios fatores do hospedeiro, até que se chegue a uma configuração favorável à instalação da doença, ou seja, os eventos que ocorrem em época anterior à resposta biológica inicial do organismo.

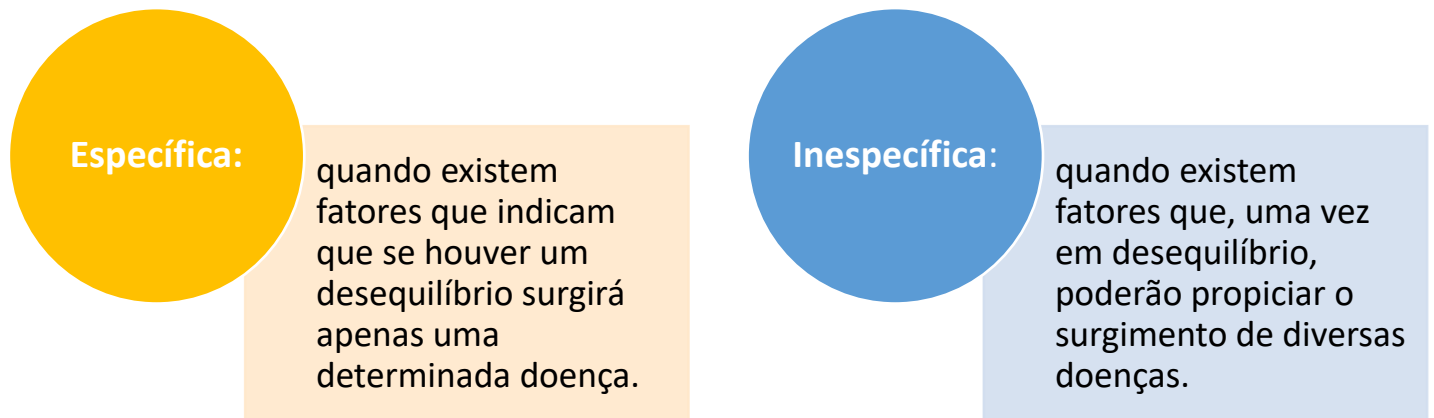
Ex: Todos têm *S. mutans*, meio ambiente bucal e dentes, mas nem todos têm a doença cárie, porque equilibramos os fatores através da higienização bucal, da utilização de fluoretos, do controle da dieta, etc...

PERÍODO PRÉ-PATOGÊNICO:

FATORES DO HOSPEDEIRO	FATORES DO AGENTE	FATORES DO AMBIENTE
<ul style="list-style-type: none">• Idade;• Sexo;• Estado civil;• Ocupação e escolaridade• Características genéticas• História patológica pregressa• Estado imunológico• Doenças prévias.	<ul style="list-style-type: none">• Biológicos (microrganismos)• Químicos (mercúrio, álcool, medicamentos)• Físicos (trauma, calor, radiação)• Nutricionais (carência, excesso)	<ul style="list-style-type: none">• Determinantes físico-químicos (temperatura, umidade, poluição, acidentes)• Determinantes biológicos (acidentes, infecções)• Determinantes sociais (comportamentos, organização social)



Pode ser:



Conclusão: o período pré-patogênico permite ações de promoção da saúde e a proteção específica.

2) Período de patogênese:

É a própria evolução da doença, desde a primeira interação com estímulos que provocam a doença até às mudanças de forma e função que resultem no processo patogênico. **Pode evoluir para invalidez, morte, cronicidade ou cura.**

PERÍODO PATOGENICO: inicia com as primeiras ações patogênicas sobre os afetados. Ocorrem as alterações bioquímicas em nível celular, progredem com alterações funcionais, temporárias ou permanentes, cronicidade, morte ou cura. Incluem o período de incubação (período decorrente entre o contato/ penetração do agente etiológico e o aparecimento dos primeiros sintomas clínicos), latência (se houver) e clínico.

Assim:

Fase Inicial (ou de suscetibilidade) – ainda não há doença propriamente dita, mas existe o risco de adoecer.
Fase Patológica pré-clínica – doença instalada mas com ausência de sintomas.
Fase Clínica – doença em estágio adiantado, com diferentes graus de acometimento.
Fase de incapacidade residual – pode progredir para a morte, ou as alterações se estabilizam.

A partir da perspectiva da História Natural da Doença, surgiram classificações para as medidas preventivas: a prevenção primária, secundária e terciária e os níveis de prevenção de Leavell & Clark (1965).





Vamos conversar detalhadamente sobre elas:

A) PREVENÇÃO PRIMÁRIA: **é realizada no período de pré-patogênese, são ações adotadas antes do início biológico da doença e estão direcionadas à manutenção da saúde.**

- A **promoção da saúde** aparece como **prevenção primária**, pois consiste na criação de condições favoráveis para que o ser humano possa resistir ao ataque de qualquer doença.
- **Corresponde a medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos** (comportamentos alimentares, exercício físico e repouso, contenção de estresse, não ingestão de drogas ou de tabaco, flúor na água, iodo no sal para proteger contra bócio endêmico, selante, ATF, campanha de imunização), para que resistam às agressões dos agentes.
- Também diz respeito a **ações de orientação para cuidados com o ambiente**, para que esse não favoreça o desenvolvimento de agentes etiológicos (comportamentos higiênicos relacionados à habitação e aos entornos).

B) PREVENÇÃO SECUNDÁRIA: **São medidas tomadas após a instalação da doença e durante a sua progressão, durante o período patogênico**, podendo ocorrer na fase subclínica ou clínica.

- Engloba **estratégias populacionais para detecção precoce de doenças**, como por exemplo, diagnóstico da mancha branca não cavitada e tratamento remineralizador, rastreamento de câncer de colo uterino (melhor fase para tratamento).
- Neste nível **está a maioria dos tratamentos especializados**. Isto se dá por meio de práticas clínicas preventivas e de educação em saúde, objetivando a adoção/mudança de comportamentos para regressão do quadro.

C) PREVENÇÃO TERCIÁRIA: **São ações tomadas nas fases mais avançadas da doença, que objetivam a prevenção da evolução e deteriorização do estado clínico.**

- Consiste no cuidado de sujeitos com sequelas de doenças ou acidentes, visando a recuperação ou a manutenção em equilíbrio funcional. Necessidade de reabilitar as incapacidades parciais ou totais.

Leavell e Clark chamaram a atenção dos profissionais da saúde sobre o **potencial das ações sobre o ambiente e sobre os estilos de vida na prevenção de doenças**. Inovaram também na proposição de **medidas preventivas**, incluindo ações educativas, comunicacionais e ambientais às já existentes – como as laboratoriais, clínicas e terapêuticas – como complementação e reforço da estratégia.



Quadro 1 – Esquema da história natural das doenças segundo Leavell e Clark

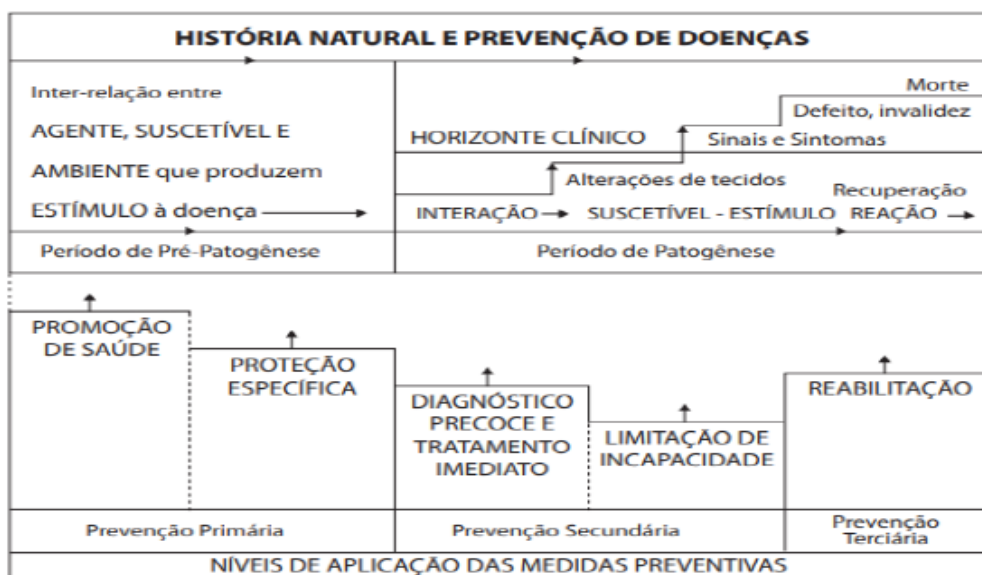


Figura 1- esquema de níveis de aplicação e de prevenção. Fonte: Ministério da Saúde.



PREVENÇÃO QUATERNÁRIA: detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas. Consiste na construção da autonomia dos sujeitos e na detecção de indivíduos em risco de sobretratamento ou excesso de prevenção, para protegê-los de intervenções profissionais inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis.

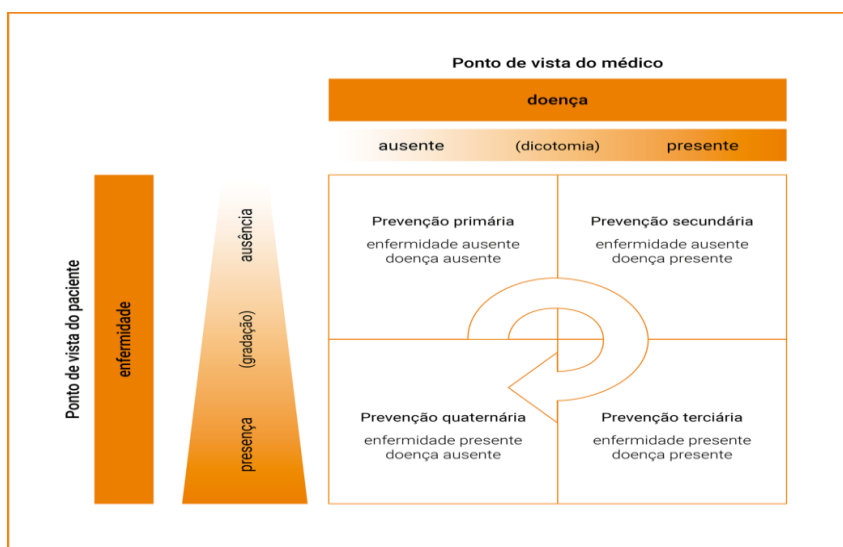


Figura 2- esquema de níveis de prevenção . Fonte: Google images





PREVENÇÃO QUINQUENÁRIA: É o cuidado voltado aos cuidados, seja profissional de saúde, seja na informalidade.

A prevenção quinquenária é um nível de prevenção em saúde que visa proteger a qualidade de vida dos profissionais de saúde, atuando para evitar fenômenos como o burnout.

Alguns tópicos essenciais para a prevenção quinquenária são: Autoconhecimento do profissional de saúde, Reconhecimento do paciente, Criatividade no ambiente de trabalho, Expressão na administração. A prevenção quinquenária é importante porque um profissional de saúde que é cuidado durante o processo de cuidado do próximo pode oferecer um cuidado de maior qualidade.



PERÍODO PRÉ-PATOGÊNICO		PERÍODO PATOGÊNICO: incubação, latência e clínico				
PREVENÇÃO PRIMÁRIA		PREVENÇÃO SECUNDÁRIA		PREVENÇÃO TERCIÁRIA	PREVENÇÃO QUATERNÁRIA	PREVENÇÃO QUINQUENÁRIA
Promoção da Saúde	Proteção específica	Diagnóstico e Tratamento precoce	Limitação do dano	Reabilitação	Prevenção de iatrogenias	Voltada ao cuidador.

Vou trazer mais um conceito de Níveis de prevenção do livro do Professor de Pinto, que também é cobrado nas provas:

NÍVEIS DE PREVENÇÃO -Tradicionalmente, tem-se classificado a prevenção das doenças em três níveis segundo referência trazida no livro de Pereira (Leske *et al.*, 1993):

Primária: relacionada com a **iniciação** da doença

Secundária: quando se tenta **impedir a progressão e a recorrência da doença**

Terciária: momento em que se procura **evitar ou restabelecer a perda de função.**



As medidas de **prevenção** podem ser classificadas em 3 fases:

De acordo com Leavell & Clark (1965) a prevenção não deve ser entendida no sentido literal da palavra, mas sim como interferência da marcha natural da doença. As etapas da prevenção incluem:

O ideal é a prevenção primária (antes da instalação da doença)!
O **conceito de Promoção da Saúde** aparece como um dos níveis da prevenção primária, definido como um conjunto de ações que desenvolveriam uma saúde “ótima”.

Foca que isso despenca nessa banca! Guarde os detalhes de cada um dos **níveis da prevenção em Odontologia!**



1) Promoção de saúde:

A **atuação é inespecífica**, nesta etapa o indivíduo deve ser capaz de resistir ao ataque de patógenos causadores de uma doença, através do aumento de sua resistência (nutrição, exercício físico, etc). Estamos buscando algo mais geral, não só contra a cárie, **mas contra todos os problemas de saúde**. Citamos como exemplos educação em saúde, nutrição adequada, moradia e saneamento básico são algumas propostas.

2) Proteção específica:

Nesta etapa falamos de uma **proteção direcionada a determinada doença**. São exemplos a vacinação, a adição de iodo ao sal, a fluoretação das águas, o uso de dentifrícios fluoretados, entre outras medidas.

3) Diagnóstico precoce e tratamento imediato:

Por algum motivo **a doença não foi evitada**, ou pela inexistência de métodos preventivos ou pela não utilização dos métodos de detecção existentes e, por isso, a **atuação deve ser a mais rápida possível para reduzir a progressão**. Seria a pesquisa de triagem e exames seletivos em relação ao diagnóstico precoce como exames radiográficos.



Mesmo investindo na promoção de saúde e proteção específica, a cárie está presente, mas ainda está numa fase inicial e é logo diagnosticada. Nesse nível ainda podem os usar meios para remineralizar manchas brancas; uso de selantes também pode entrar neste nível.

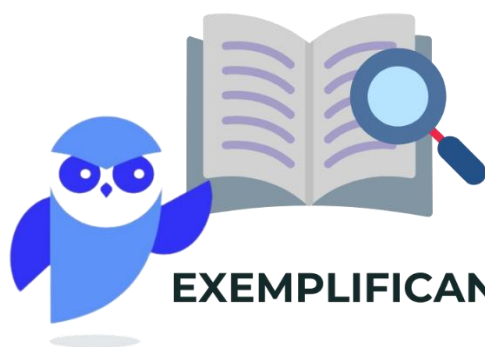
4) Limitação do dano

Como o próprio nome diz, **após instalada a doença, o objetivo é limitar o dano**. Oferecer o tratamento adequado para interromper o processo e evitar sequelas.

A cárie já está numa fase avançada, com cavitação. Utilizam-se os meios para limitar o dano tais como restaurações, endodontias, próteses fixas unitárias na tentativa de salvar o remanescente dentário. Ex: ao realizar o tratamento endodôntico você está evitando um mal maior: a extração.

5) Reabilitação

É o último nível de prevenção, após a evolução da doença nos resta reabilitar o paciente. Ex: confecção de próteses totais.



EXEMPLIFICANDO:

1º NÍVEL	2º NÍVEL	3º NÍVEL	4º NÍVEL	5º NÍVEL	Níveis de prevenção
PREVENÇÃO PRIMÁRIA		PREVENÇÃO SECUNDÁRIA		PREVENÇÃO TERCIÁRIA	Níveis de prevenção Leavell & Clark
PROMOÇÃO DE SAÚDE	PROTEÇÃO ESPECÍFICA	DIAGNÓSTICO PRECOCE E TRATAMENTO IMEDIATO	LIMITAÇÃO DO DANO	REABILITAÇÃO	
PREVENÇÃO DA OCORRÊNCIA		PREVENÇÃO DA EVOLUÇÃO			
PROMOÇÃO	PROTEÇÃO	RECUPERAÇÃO DA SAÚDE			
ODONTOLOGIA PREVENTIVA		ODONTOLOGIA RESTAURADORA			
ODONTOLOGIA NO SENTIDO AMPLO DE SAÚDE					
<ul style="list-style-type: none"> 1ª Ação governamental ampla 5º nível: AÇÃO INDIVIDUAL 	<ul style="list-style-type: none"> 2ª Ação governamental restrita 4ª AÇÃO PACIENTE-PROFISSIONAL AUXILIAR 5º nível: AÇÃO INDIVIDUAL 	3ª AÇÃO PACIENTE-PROFISSIONAL DE ENSINO SUPERIOR			Níveis de aplicação

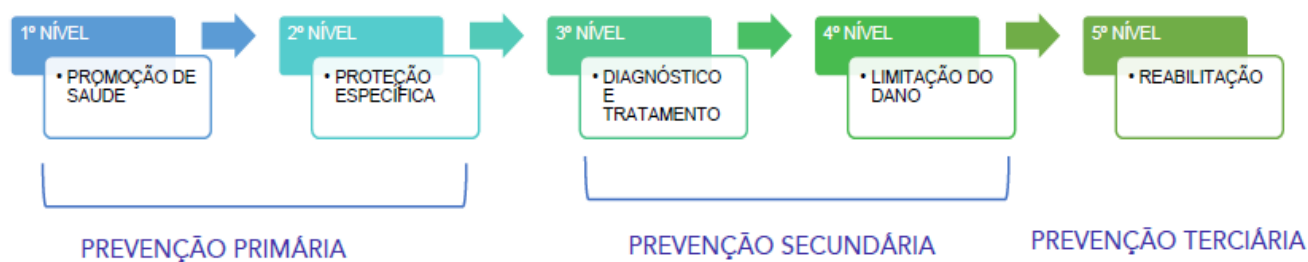
Figura 3- esquema de níveis de prevenção. Fonte: Google imagens

Coruja!

Tenha atenção ao distinguir os níveis (de 1 a 5) dos tipos de atenção (primária, secundária e terciária).



Isso causa muita discordância e você pode se confundir na questão. Confira o esquema que eu fiz!



A exodontia limita o dano causado pela doença ou traumatismo evitando sequelas de ordem local e/ou geral além de favorecer a correção do déficit anatômico e funcional existente contribuindo para reabilitação com próteses, segundo Hupp ela pode estar no quarto ou quinto nível. Ao extrairmos um dente com infecção crônica podemos estar evitando danos maiores a um órgão vital, representando uma prevenção nível 4; e se a seguir por meio de recursos protéticos propiciarmos a recuperação estética e funcional mastigatória estaremos no nível

Trarei esquemas adaptados de Sales-Peres (2021) sobre os níveis de prevenção em relação os principais agravos em Odontologia.



Níveis de prevenção em relação à Cárie.

1º nível de prevenção: Promoção de Saúde

A promoção da saúde relaciona-se a estratégias gerais, tais como nutrição adequada no período de formação dos dentes, alimentação saudável, hábitos de higiene, oclusão normal e genética



2º nível de prevenção: Proteção específica

A proteção específica para a cárie dentária envolve ações como fluoretar água, sal, leite, filtro escolar ou domiciliar e flúor em gotas ou comprimidos, além de controlar o consumo do açúcar e selantes oclusais



3º nível de prevenção: Diagnóstico precoce

O diagnóstico precoce de lesões iniciais de cárie e sua detecção, remineralização de manchas brancas e restaurações minimamente invasivas por meio de visitas periódicas ao cirurgião-dentista



4º nível de prevenção: Limitação do dano

limitação do dano em relação à cárie dentária envolve tratamentos dentro do âmbito da **Odontologia** Curativa, seja na área de dentística, periodontia, **endodontia**, de acordo com o caso específico e fase em que a cárie se encontra, com o intuito de limitar o dano ao paciente.



5º nível de prevenção: Reabilitação

A reabilitação, após a perda total ou parcial dos dentes, é um passo essencial para evitar a perda de função. Neste último nível, o paciente, que já esteve exposto a cárie, apresenta grandes problemas de mastigação, oclusão, perda óssea, além de questões estéticas e psicológicas que não podem ser deixadas de lado.



Níveis de prevenção em relação à Doença Periodontal.

1º nível de prevenção: Promoção de Saúde

A promoção de saúde na doença periodontal se relaciona a adequada nutrição, consistência correta dos alimentos e oclusão normal.

2º nível de prevenção: Proteção específica

A proteção específica inclui controle do biofilme bacteriano, profilaxia bucal periódica, prevenção da cárie e odontologia preventiva

3º nível de prevenção: Diagnóstico precoce

O diagnóstico precoce das alterações periodontais e seu tratamentos mais simples, que o próprio clínico geral pode executar, como raspagem/curetagem gengival, gengivoplastia, desgaste seletivo, entre outros.

4º nível de prevenção: Limitação do dano

Neste nível as periodontopatias já estão desenvolvidas, o profissional deve atuar tentando minimizar os danos da doença no paciente. Aqui o tratamento já é feito pelo Periodontista, pois envolve procedimentos cirúrgicos invasivos como osteotomias, gengivectomias e uso de enxerto ósseo.

5º nível de prevenção: Reabilitação

A perda dentária é comum no caso final de doenças envolvendo gengiva e periodonto, logo, essa etapa aborda a reabilitação oral e, dependendo do caso, indicação de prótese total.



Níveis de prevenção em relação às Oclusopatias.



1º nível de prevenção: Promoção de Saúde

A promoção de saúde se relaciona a estratégias gerais como perfil genético familiar e orientação alimentar para correto desenvolvimento do aparelho estomatognático



2º nível de prevenção: Proteção específica

A proteção específica da maloclusão relaciona-se à prevenção e ao tratamento precoce da cárie, manutenção do espaço dentário em casos de perdas e a correção de hábitos bucais



3º nível de prevenção: Diagnóstico precoce

O diagnóstico precoce da maloclusão e sua detecção através a odontologia interceptiva, exodontias de supra numerários ou deciduos retidos, desgaste de deciduos com finalidade de eliminar interferências durante o período de dentição mista



4º nível de prevenção: Limitação do dano

contempla tratamentos realizados por especialistas com uso de aparelhos complexos e supervisão em médio e longo prazo



5º nível de prevenção: Reabilitação

A reabilitação da maloclusão através de tratamentos cirúrgicos complexos/ortognática





Segundo trabalho de Pereira et al (2012), os níveis de prevenção das doenças, classicamente divididos em três (primário, secundário e terciário), podem ser **aplicados ao câncer da boca**:

- A **prevenção primária visa a ações ou iniciativas que possam reduzir a incidência e a prevalência da doença, modificando os hábitos da comunidade, buscando interromper ou diminuir os fatores de risco** como o tabaco, o álcool e a exposição solar dos lábios, antes mesmo que a doença se instale.
- A **prevenção secundária visa ao diagnóstico precoce da doença em uma fase anterior ao paciente apresentar alguma queixa clínica**. É sabido que o câncer bucal pode levar meses antes de apresentar algum sinal ou sintoma percebido pelo paciente. O diagnóstico precoce dessa doença faz com que os níveis de cura alcancem mais de 90% dos casos.
- A **prevenção terciária visa a limitar o dano, controlar a dor, prevenir complicações secundárias, melhorar a qualidade de vida durante o tratamento**, e sempre que possível reintegrar o indivíduo à sociedade, tornando-o apto a realizar as atividades diárias exercidas anteriormente.

Com relação ao Câncer de Boca o manual do INCA traz o seguinte:

Prevenção Primária.

- Nessa fase, aplicam-se medidas de prevenção primária (promoção da saúde e proteção específica), que vão evitar ou reduzir a exposição de um indivíduo aos fatores de risco que o tornam mais suscetível à doença. Exemplo: cessação do tabagismo..

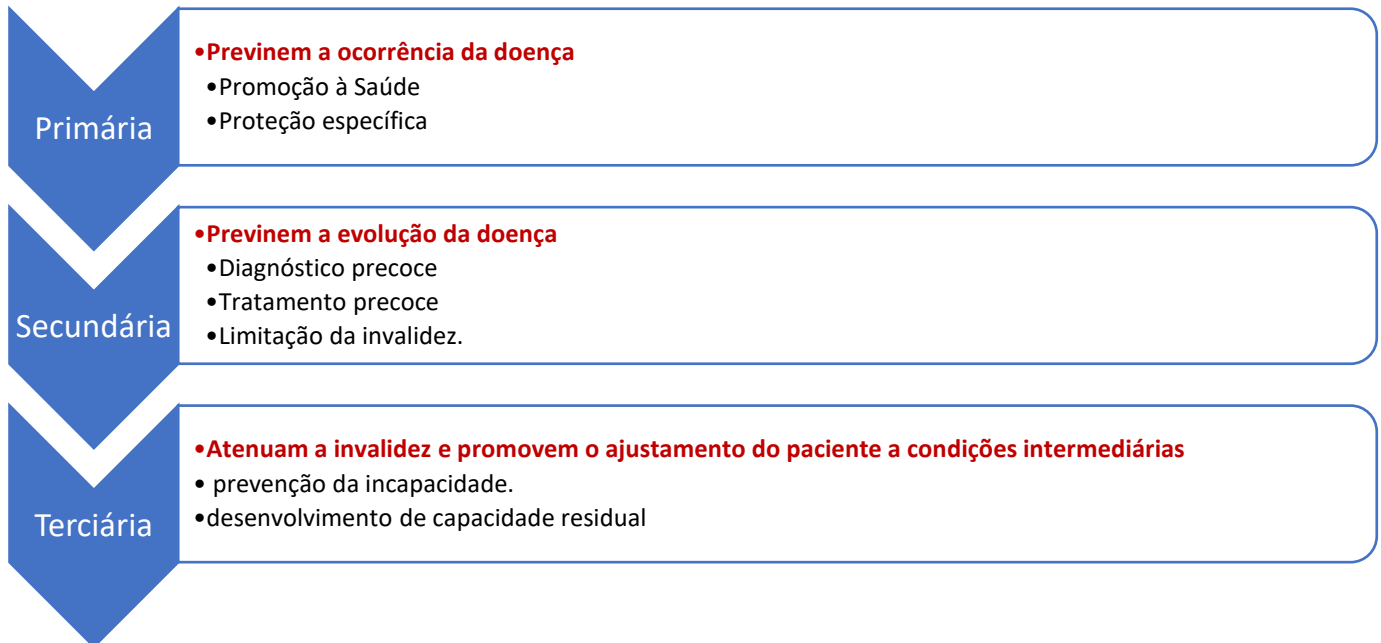
Prevenção Secundária.

- Exames de rotina em indivíduos assintomáticos, ou seja, aplicados durante a fase pré-clínica de uma doença, são denominados rastreamento, sendo considerados prevenção secundária, assim como as estratégias para propiciar o diagnóstico precoce em indivíduos com sinais e sintomas iniciais da doença.

Prevenção terciária.

- O tratamento da doença após as manifestações clínicas iniciais, visando a limitar o dano e curar ou reabilitar o indivíduo, caracteriza-se como prevenção terciária.





Cada vez mais se evidencia o reconhecimento da influência de outras condições determinantes da saúde e da qualidade de vida, além da assistência à saúde, quais sejam: as políticas globais, nacionais e locais; as mudanças sociais; as diferenças culturais, étnicas e até religiosas. Achou difícil? Esse tema é a porta de entrada para o próximo assunto que estudaremos: os Determinantes Sociais em Saúde.

Nessa direção, a **saúde e a doença não se refeririam mais ao meio ambiente nem ao sujeito nem à ação de um sobre o outro isoladamente, mas a uma complexa rede de inter-relações e interdependências** em que não se poderia precisar uma origem última ou uma causalidade linear.

Para produzir saúde, portanto, é fundamental ter claro o conceito de modos de viver. Os modos de viver a, enfim, tudo que somos é marcado por muitas circunstâncias que podem produzir mais ou menos saúde ou adoecimento. **As circunstâncias em que vivemos são os determinantes sociais de nossa saúde**, é imprescindível **analisar as populações no contexto das políticas públicas e ações de saúde dirigidas à sociedade.**

Espero que tenha ajudado num tema que muitos alunos têm dificuldade e que despensa nas provas. Aguardo para estudarmos juntos.



CARIOLOGIA

Conceitos de cárie dentária que aparecem nas provas



ENTENDA O CONCEITO:

A **cárie** é uma doença **crônica** de **caráter multifatorial, biofilme e pH-dependentes**, fortemente influenciada pelos carboidratos da dieta (em especial a sacarose), pela ação dos componentes salivares e por determinantes sociocomportamentais.

“**Cárie**, no presente, é tratada pela OMS como uma **doença não comunicável**, que tem a mesma causa comum de outras doenças, como diabetes, obesidade e doenças cardiovasculares” (Jaime Cury)

A **cárie dentária** é uma **doença complexa** causada pelo **desequilíbrio no balanço entre o mineral do dente e o fluido do biofilme**. (ABENO)

A **cárie dentária** é a **destruição localizada do dente** causada pelos eventos metabólicos no biofilme dental. (Fejerskov, Nyvad & Kidd, 2021)

O termo “**cárie dentária**” é usado para descrever os resultados (sinais e sintomas) de uma **dissolução química da superfície dentária** causada por eventos metabólicos que ocorrem no biofilme (placa bacteriana) que recobre a área afetada. (Fejerskov, Nyvad & Kidd, 2021)

A **cárie dental** é uma **doença multifatorial e biofilme-açúcar dependente**. (Antônio Olavo Cardoso Jorge, 2012)

A cárie atualmente é chamada de **disbiose**, ou seja, uma doença causada por um **desequilíbrio microbiológico** relacionado à redução na proporção de microrganismos de baixa cariogenicidade, com aumento na proporção dos microrganismos altamente cariogênicos (mas acidogênicos e acidouricos). Quanto mais intensa for a queda do pH maior será a pressão seletiva (Rédua et al., 2020).

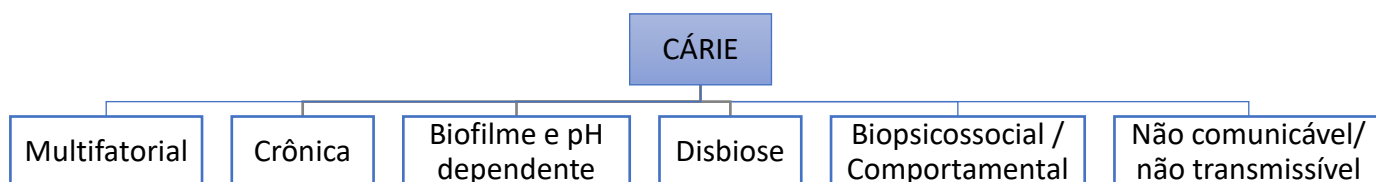
A **cárie** é uma **doença biopsicossocial** causada por um **desequilíbrio na microbiota bucal nativa** provocado principalmente pelo **consumo em grande frequência de carboidratos fermentáveis, especialmente, mas não apenas, a sacarose**, e que leva a perda de mineral nos tecidos duros do dente. Caso nada seja feito para conter essa perda mineral, ela irá se manifestar clinicamente, no início como uma lesão não cavitada, que pode evoluir para uma cavidade. Portanto, devido a esse **caráter dinâmico da doença**, alguns autores afirmam que a avaliação do risco de que a doença seja desenvolvida num



futuro próximo no paciente pode fazer com que se evite, ou pelo menos diminua a chance, de a doença instalar-se e evoluir para uma lesão de cárie. (Diretrizes para procedimentos clínicos em odontopediatria, 2021).

Atenção para a parte de epidemiologia: " A cárie dentária ainda é considerada um importante problema de saúde pública no Brasil, apesar do declínio observado nos últimos levantamentos em saúde bucal. Em adultos e idosos, embora a ocorrência de cárie seja menor, o edentulismo decorrente da cárie dentária é uma das principais condições a ser avaliada nesses grupos etários." (SB BRASIL, 2020)

"A lesão cariosa é considerada como manifestação clínica de uma infecção bacteriana. A atividade metabólica das bactérias resulta em um contínuo processo de desmineralização e remineralização do tecido dentário, e o desequilíbrio nesse processo pode causar uma progressão da desmineralização do dente com consequente formação da lesão de cárie. Esse processo é influenciado por muitos fatores determinantes, o que faz da cárie dentária uma doença multifatorial." (Caderno de Atenção Básica, nº 17)



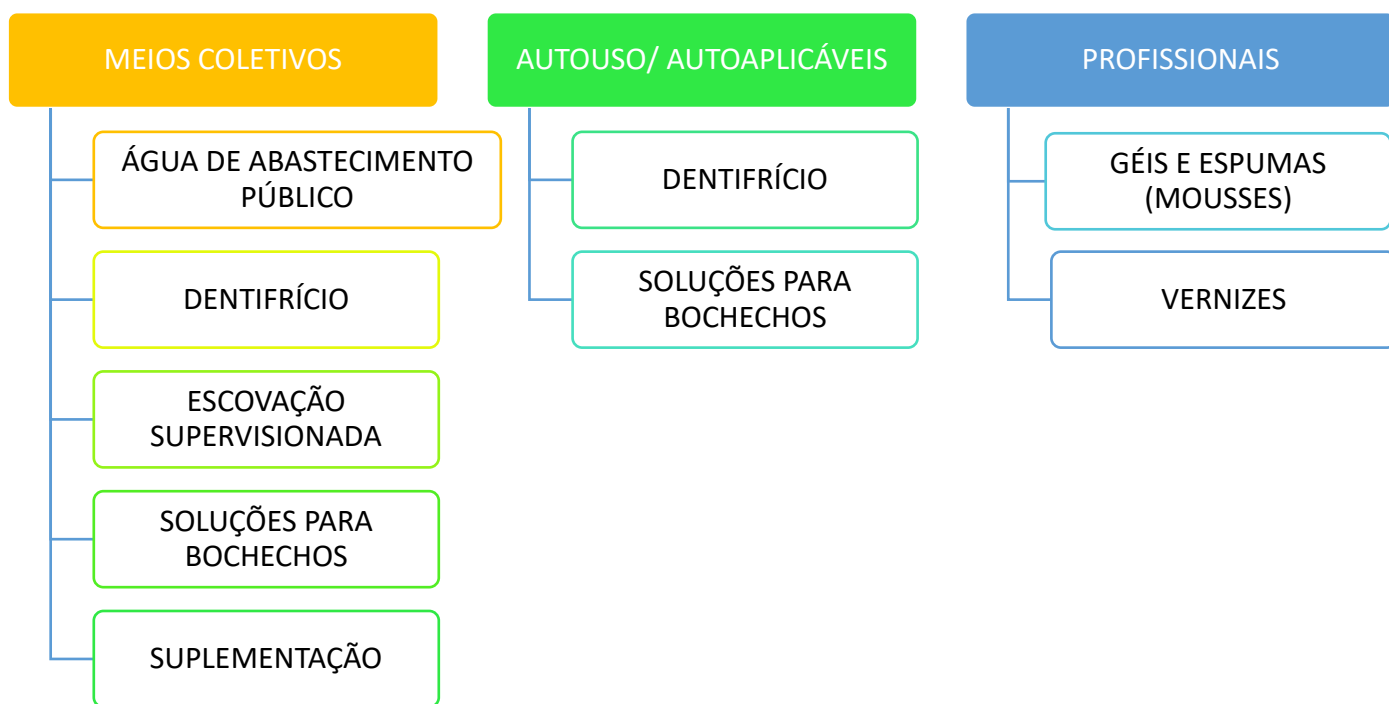
O papel do flúor

- Meio preventivo e terapêutico
- Exerce efeito físico-químico no processo de des/ remineralização dental, que resulta em diminuição na velocidade de progressão das lesões de cárie
- Independentemente do meio como o fluoreto é utilizado, exerce seu efeito interferindo nos processos de des/remineralização dental quando presente na cavidade bucal.
- O flúor importante é aquele **presente constantemente** na cavidade bucal, sob o regime de **alta frequência e baixa concentração**.



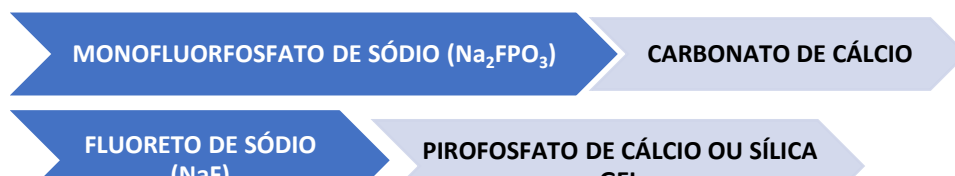
O mecanismo de ação do fluoreto é essencialmente tópico, por meio de sua presença na saliva e no fluido do biofilme, os meios de uso de fluoreto devem ser classificados, de acordo com seu modo de aplicação, em coletivos, individuais e profissionais.

São **métodos sistêmicos** de fornecimento de flúor: **a água, o leite, o sal e os suplementos**; e **métodos tópicos** os **dentifrícios, géis, vernizes e bochechos**.



O **dentifrício fluoretado** é considerado um dos métodos mais racionais de prevenção das cáries, pois alia a remoção do biofilme dental à exposição constante ao flúor. Sua utilização tem sido considerada responsável pela diminuição nos índices de cárie observados hoje em todo mundo, mesmo em países ou regiões que não possuem água fluoretada.

Os ingredientes ativos encontrados nos dentifrícios: **fluoreto de sódio (NaF)** e **monofluorfosfato de sódio (MFP)**. O NaF é agregado a dentifrícios com o abrasivo sílica e o MFP com o abrasivo carbonato de cálcio.





DESPENCA NA
PROVA!

Flúor na forma de bochecho e concentrações indicadas: **NaF 0,05% (227 ppm F)** para **uso diário** e **NaF 0,2% (909 ppm F)** para **uso semanal**

DIAGNÓSTICO E ICDAS

0	DENTE HÍGIDO (sem alteração)
1	LESÃO DE MANCHA BRANCA VISÍVEL APÓS SECAGEM PROLONGADA COM JATO DE AR SECO (>5 SEGUNDOS)
2	LESÃO DE MANCHA BRANCA VISÍVEL MESMO COM PRESENÇA DE UMIDADE
3	CAVIDADE EM ESMALTE SEM DENTINA VISÍVEL OU SOMBREAMENTO APARENTE (esmalte opaco ou pigmentado)
4	SOMBREAMENTO ESCURECIDO EM DENTINA
5	CAVIDADE EVIDENTE COM DENTINA EXPOSTA E VISÍVEL ENVOLVENDO MENOS DA METADE DA SUPERFÍCIE DO DENTE
6	CAVIDADE EVIDENTE COM DENTINA EXPOSTA E VISÍVEL ENVOLVENDO MAIS DA METADE DA SUPERFÍCIE DO DENTE

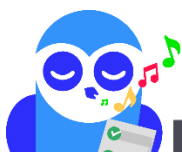
FLUOROSE DENTÁRIA

A **fluorose** ocorre quando o indivíduo é exposto a concentrações de flúor acima das aceitáveis por **períodos prolongados** (chamamos de intoxicação crônica). O grau dessas alterações é função direta da dose de F à que a criança está sujeita (mg F/kg/dia) e do tempo de duração da dose.

Atualmente considera-se que o principal fator associado à fluorose dentária é o aumento da ingestão média de fluoretos por meio de múltiplas fontes.

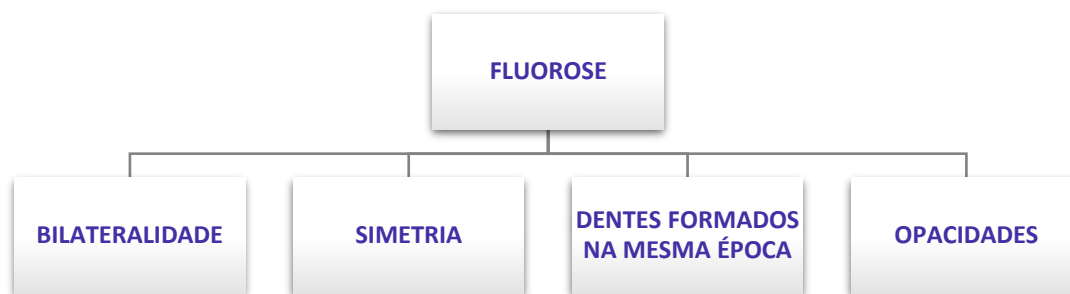
A ingestão de flúor, por meio da água de abastecimento ou dentifrício, deve estar entre 0,05 e 0,07 mg/kg de peso corporal para que o risco de fluorose dentária seja aceitável.

Como se trata de um efeito sistêmico, as alterações distribuem-se simetricamente dentro da boca, afetando os dentes em formação no período de ingestão de flúor. A aparência clínica pode variar desde pequenas linhas esbranquiçadas a um esmalte quebradiço e opaco. A gravidade das manifestações clínicas depende da **quantidade de flúor ingerida, da duração da exposição e do estágio da amelogênese no período de exposição ao flúor.**



RESUMINDO





ÍNDICE DE FLUOROSE DE DEAN (1942): é o **índice recomendado pela OMS**, foi utilizado nos estudos epidemiológicos de saúde bucal nacional (SB Brasil). Tem como critérios a escolha dos dois dentes mais afetados e exame sem a realização de secagem.

CLASSIFICAÇÃO	CÓDIGO	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
NORMAL	0	Translúcido, vitríforme de estrutura, superfície lisa, lustrosa e usualmente cor branco creme pálido
QUESTIONÁVEL	1,0	O esmalte mostra aberrações discretas na translucidez, as quais podem ir desde pequenos traços esbranquiçados até manchas ocasionais
MUITO LEVE	2,0	Áreas brancas pequenas e opacas espalhadas pelo dente não envolvendo mais que 25% da superfície (inclui opacidades claras com 1 a 2mm na ponta das cúspides de molares - picos nevados)
LEVE	3	Opacidade mais extensa, mas não envolvendo mais que 50% da superfície
MODERADA	4	Toda a superfície está afetada, as superfícies estão sujeitas ao desgaste, há manchas castanhas ou amareladas
SEVERA	5	Toda a superfície está afetada e há hipoplasia com mudança da anatomia, manchas marrons e erosões. O sinal mais evidente é a presença de depressões no esmalte, que parece corroído.



ART

A abordagem ART segue o **princípio da máxima prevenção e mínima intervenção** e busca deter a progressão da doença cárie.

O ART também pode ser empregado no atendimento **de pessoas idosas, debilitadas e internadas em hospitais, pacientes com necessidades especiais, gestantes e como forma de condicionamento comportamental em crianças na primeira consulta.**

Essa técnica é indicada para pacientes com **alto risco ou atividade de cárie**, que possuam **cavidades de profundidade média ou rasa, com envolvimento de dentina**, que não possuam sinais como fístula, abscesso ou dor espontânea.

São **contraindicações** para o uso da técnica a presença de **patologias pulpares, pulpites crônicas ou irreversíveis, exposição pulpar, presença de abscesso ou fístula, histórico de dor, necrose pulpar e cavidades que não permitam o acesso aos instrumentos manuais para remoção dentinária.**



O cimento de ionômero de vidro utilizado no ART é o de alta viscosidade

ANESTESIOLOGIA

Classificação dos anestésicos locais



Ésteres

Procaína

Propoxicaína

Cloroprocaína

Hexilcaína

Piperocaína

Tetracaína

Butacaína

Amidas

Lidocaína

Articaína

Mepivacaína

Prilocaína

Bupivacaína

Ropivacaína

Etidocaína

Dibucaína

AMIDAS

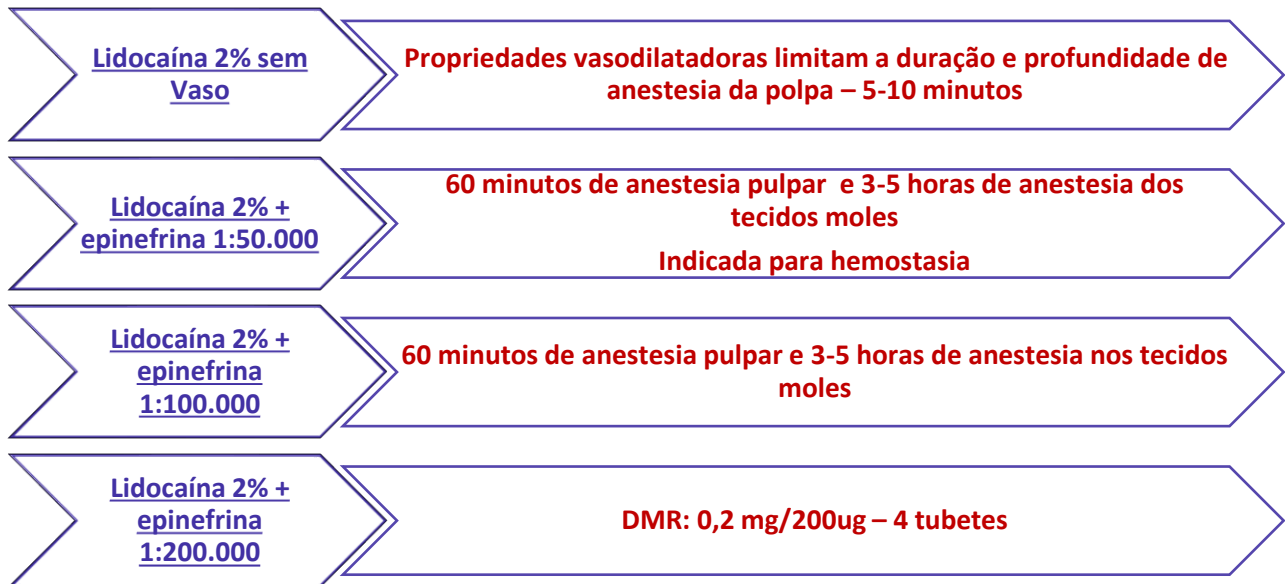
Anestésicos locais **mais utilizados em Odontologia.**

Lidocaína: considerada a droga **padrão de comparação para os AL.**

- Uso **tópico e injetável!**
- **Potência e toxicidade:** 2
- **Metabolismo:** fígado
- **Excreção renal:** menos de 10% em sua forma inalterada
- **Propriedades Vasodilatadoras:** menores que procaína, maiores que prilocaína ou mepivacaína
- **Pka:** 7,9
- **Início de ação:** 3-5 minutos (Malamed), 2-4 minutos (Andrade)



- **T ½:** 1,6h (Malamed), 90 minutos (Andrade)
- **Classificação para gravidez:** B
- **Amamentação:** Seguro



- ❖ A sobredosagem produz estimulação inicial, seguida de depressão;
- ❖ Emprego de lidocaína + epinefrina 1:50.000 em pacientes ASA III/IV com histórico de problemas cardiovasculares podem ser excessivamente sensíveis a essas concentrações;

Mepivacaína:

- **Potência:** 2
- **Toxicidade:** 1,5-2
- **Metabolismo:** fígado
- **Excreção renal:** 1% a 16% em sua forma inalterada
- **Propriedades vasodilatadoras:** produz apenas ligeira vasodilatação
- **Pka:** 7,6
- **Início de ação:** 3-5 minutos (Malamed), 1,5-2 minutos (Andrade)
- **T ½:** 1,9h
- **Anestesia tópica:** não
- **Classificação gravidez:** C
- **Lactação:** segura



Mepivacaína 2% sem vaso	Utilizada quando vasoconstritor está contraindicado 2-3 horas de anestesia dos tec. moles
Mepivacaína 3% + levodornefrina 1:20.000	Profundidade e duração de anestesia = à lidocaína + epinefrina 60 min de anestesia pulpar e 3-5 horas de anestesia nos tecidos moles Se necessita de emostasia: empregar epinefrina
Mepivacaína 3% + epinefrina 1:100.000	60 minutos de anestesia pulpar e 3-5 horas de anestesia nos tecidos moles

- ❖ Os sinais e sintomas de superdosagem geralmente seguem os padrões mais típicos de **estimulação do SNC seguido de depressão**, embora ausência de estimulação seguida de depressão imediata do SNC possa ocorrer, ainda que rara.

Prilocaina:

- **Potência:** 2
- **Toxicidade:** 1 (40% menor que Lidocaína)
- **Metabolismo:** **fígado** pelas amilases hepáticas em ortotoluidina e N-propilalanina e **pulmão**
 - CO₂ principal subproduto
 - Ortotoluidina em altas doses: **metemoglobinemia*****
- **Excreção renal:** depuração renal e remoção mais rápida
- **Propriedades vasodilatadoras:** menores que mepivacaína e lidocaína e significativamente menor que procaína
- **Pka:** 7,9
- **Início de ação:** 3-5 minutos (Malamed) sendo discretamente mais lento que lidocaína; 2-4 minutos (Andrade)
- **T_{1/2}:** 1,6h (90 minutos)
- **Anestesia tópica:** não (somente em sua forma não ionizada – EMLA)
- **Classificação gravidez:** B
- **Amamentação:** desconhecida

Prilocaina 4% + felipressina sem vaso	Indicada para pacientes com comorbidades sistêmicas compensados Contraindicada para gestantes Promove 10-15 minutos de anestesia pulpar e 1,5-2 horas de anestesia dos tecidos moles por infiltração Promove anestesia pulpar de 60 minutos e 2-4 horas de anestesia de tecidos moles por bloqueio nervosos
--	--



- ❖ É menos tóxica sistemicamente pois seus níveis plasmáticos são reduzidos mais rapidamente e os sinais de toxicidade são mais breves e menos severos.

Contraindicações:

- Metemoglobinemia idiopática/congênita
- Hemoglobinopatias (anemia e anemia falciforme)
- Insuficiência Cardíaca/respiratória com hipóxia
- Uso de acetaminofeno/fenacetina



****Metemoglobinemia é o aumento da forma oxidada de hemoglobina no sangue.*

Ela pode ser **congenita** ou **adquirida**.

Cuidado! As questões relacionadas ao assunto se referem muito à forma adquirida!

A **metemoglobinemia adquirida** ocorre quando em contato com medicações ou substâncias capazes de aumentar a formação de metemoglobinema. Exemplos disso são acetnilida, derivados da anilina (corante), derivados do benzeno.

Essa reação está tipicamente relacionada ao **uso de dois tipos de anestésicos locais de uso parenteral: prilocaína** (muito cobrada pelas bancas) e **articaína** (em um grau muito inferior do que a prilocaína); e um anestésico de aplicação tópica: **benzocaína**. A aplicação desses anestésicos em altas doses pode aumentar o nível de metemoglobinemia.

Embora **não haja uma contraindicação absoluta para o uso desses anestésicos (segundo Malamed, a contraindicação é RELATIVA)**, eles devem ser evitados em pacientes com metemoglobinemia congênita ou portadores de doenças que comprometam a oxigenação dos tecidos.



No caso da **prilocaína**, o metabólito principal é a **ortotoluidina**. Ele é responsável por provocar a oxidação da hemoglobina. Esse processo **demora de 3-4 horas para ocorrer** e por isso, os sinais e sintomas ocorrem quando o paciente já deixou o consultório odontológico.

O paciente com metemoglobinemia desenvolve **cianose**, apresentando **sangue de coloração marrom azulado e sinais de depressão respiratória**. Ele apresentará **cansaço, letargia, dificuldade respiratória, pele acinzentada, lábios e unhas cianóticos**.

Tratamento: azul de metileno 1%, 1 a 2 mg/kg, intravenoso, durante 5 minutos.



Articaína:

- **Potência:** 1,5x a da lidocaína e 1,9x a da procaína
- **Toxicidade:** 2
- **Metabolismo:** fígado pelas enzimas microssomais hepáticas e no plasma pela esterase plasmática
- **Excreção renal:** 5-10% em sua forma inalterada depuração renal e remoção mais rápida
- **Propriedades Vasodilatadoras:** similares as da lidocaína, procaína ligeiramente mais vasoativa
- **Início de ação:** 1-9 minutos (Malamed); 1-2 minutos (Andrade)
- **T_{1/2}:** 27 minutos (Malamed), 40 minutos (Andrade): **MENOR MEIA VIDA PLASMÁTICA!**
- **Anestesia tópica:** não
- **Classificação gravidez:** C
- **Amamentação:** desconhecida

**Articaína 4% +
epinefrina
1:200.000:**

45-60 minutos de anestesia pulpar e 120-300 minutos de anestesia dos tecidos moles por infiltração
Anestesia pulpar de 60 minutos e 2-4 horas de anestesia de tecidos moles por bloqueio nervoso

**Articaína 4% +
epinefrina
1:100.000:**

60-75 minutos de anestesia pulpar e 180-360 minutos de anestesia dos tecidos moles

- ❖ Único anestésico do tipo amida com **anel tiofeno como radical lipofílico**
- ❖ Anestésico **híbrido: éster + amida**
- ❖ Sem relatos de metemoglobinemia após administração no modo e volume habituais

Contraindicações:

- Alérgicos a AL amidas/sulfitos



- Uso com cautela em Insuficiência Hepática
- Cautela em lactantes
- Não recomendado em crianças menores de 4 anos: **risco de lesão autoinflingida.**

Bupivacaína:

- **Potência:** 4x a da lidocaína, mepivacaína e prilocaína
- **Toxicidade:** menos de 4x a da lidocaína e mepivacaína
- **Metabolismo:** fígado, pelas enzimas microsossomais hepáticas
- **Excreção renal:** até 16% em sua forma inalterada
- **Propriedades vasodilatadoras:** maiores que as da lidocaína, prilocaína e mepivacaína, mas consideravelmente menor que procaína
- **Pka:** 8,1
- **Início de ação:** 6-10 minutos (Malamed)
- **T_{1/2}:** 2,7 horas (Malamed), 3,5h (Andrade)
- **Anestesia tópica:** não
- **Classificação para gravidez:** C
- **Amamentação:** desconhecido

**Bupivacaína 0,5% +
epinefrina
1:200.000:**

Indicada para procedimentos prolongados com anestesia pulpar acima de 90 minutos e para controle da dor pós-operatória
Promove anestesia pulpar de 90-180 minutos e de tecidos moles de 240-540 (720) minutos

Contraindicações:

- Pacientes muito jovens ou que apresentam risco de lesão pós-operatória por automutilação.



DOSES MÁXIMAS RECOMENDADAS - ANDRADE (2014)



ANESTÉSICO LOCAL	DOSE MÁXIMA POR KG	MÁXIMO ABSOLUTO (INDEPENDENTE DO PESO)	NÚMERO MÁXIMO DE TUBETES POR SESSÃO
Lidocaína 2%	4,4mg	300 mg	8,3
Lidocaína 3%	4,4mg	300 mg	5,5
Mepivacaína 2%	4,4mg	300 mg	8,3
Mepivacaína 3%	4,4mg	300 mg	5,5
Articaína 4%	7 mg	500 mg	6,9
Priolocaína 3%	6 mg	400 mg	7,4
Bupivacaína 0,5%	1,3 mg	90 mg	10

DOSES MÁXIMAS RECOMENDADAS - MALAMED (2021)

Anestésico local	Dose máxima por Kg	Máximo absoluto (independente do peso)
Lidocaína com vasoconstritor	7,0mg	500mg
Mepivacaína sem vasoconstritor	6,6mg	400mg
Mepivacaína com vasoconstritor	6,6mg	400mg
Articaína	7,0mg	-
Priolocaína sem vasoconstritor	8,0mg	600mg
Priolocaína com vasoconstritor	8,0mg	600mg
Bupivacaína com vasoconstritor	2,0mg	90mg

Você sabe como é realizado o cálculo do **volume máximo de anestésico** que pode ser utilizado em um paciente?



EXEMPLIFICANDO

Como Calcular o volume máximo de solução anestésica local?

O volume máximo deve ser calculado em função de três parâmetros: concentração do anestésico na solução, doses máximas recomendadas e peso corporal do paciente.

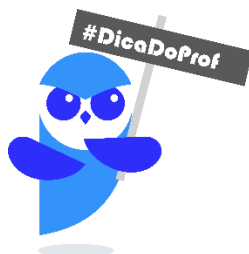
Quanto à concentração, uma solução de 2% independente do anestésico, contém 2g do sal em 100 mL da solução. Isso significa 20 mg/mL. Soluções de 0,5%, 3%, 4% deverão conter 5mg, 30mg ou 40mg do sal para cada mL da solução. Como no Brasil, o volume contido nos tubetes



anestésicos é de 1,8 mL, as soluções de 0,5%, 2%, 3% e 4% deverão conter respectivamente a quantidade de 9, 36, 54 e 72 mg do sal anestésico.

Achou complicado?

Então **vamos exemplificar!**



Vamos calcular o máximo da **solução de lidocaína 2%** que pode ser utilizada em um **adulto com 60 Kg**:

- Uma solução de lidocaína 2% contém 2g do sal em 100 mL de solução = **20 mg/mL**
- $20 \text{ mg} \times 1,8 \text{ mL}$ (volume contido no tubete) = **36 mg**
- Assim, cada tubete anestésico contém 36 mg de lidocaína
- Dose máxima de lidocaína por Kg (valor descrito na tabela, irá variar conforme o Autor) = **4,4 mg/kg** de peso corporal
- Dose máxima para um adulto de 60kg = $60 \times 4,4 =$ **264 mg**
- Vamos dividir esse valor (264 mg) por 36 = **7,3 tubetes**

Outro assunto bastante comprado são **complicações locais** referentes ao uso dos anestésicos locais. Vamos estudar as mais incidentes em provas:



➤ **Fratura da agulha:** agulhas curtas, calibre 30 inseridas até o fim em técnicas de bloqueios regionais; Fatores adicionais incluem (1) encurvamento intencional da agulha pelo dentista antes da injeção, (2) movimento súbito inesperado do paciente enquanto a agulha ainda está inserida no tecido e (3) contato vigoroso com o osso; raras atualmente.

O **tratamento convencional** envolve **a localização do fragmento retido por meio de varredura de imagens** panorâmicas e tomografia computadorizada.



Como **prevenção**:

- Não usar agulhas curtas para o BNAI em adultos ou crianças maiores (o comprimento deve ser determinado pela espessura do tecido mole de cada paciente individualmente);
- Não dobrar as agulhas ao inseri-las no tecido mole;
- Não inserir uma agulha no tecido mole até seu canhão, a menos que seja absolutamente essencial para o sucesso da injeção;
- Ter cuidado extra ao inserir agulhas em pacientes mais jovens, imaturos, crianças ou indivíduos com fobias.

➤ **Parestesia ou anestesia prolongada:** podem ocorrer sensações de adormecimento, inchaço, formigamento e prurido. Além de mordedura de língua, salivação, perda do paladar e impossibilidade de falar. Pode ocorrer por **trauma a algum nervo, injeção de solução contaminada (principalmente por álcool), pela neurotoxicidade do anestésico.**

Hiperestesia (sensibilidade aumentada a estímulos nocivos) e **disestesia** (uma sensação dolorosa que acontece a estímulos usualmente não nocivos). Melhora deverá ocorrer espontaneamente de 1 a 2 meses.

A **hemorragia dentro ou ao redor da bainha neural é outra causa.** O **sangramento** aumenta a pressão no nervo, levando à parestesia. O **edema após procedimentos cirúrgicos é causa potencial de parestesia**, já que a pressão do fluido edematoso comprime o nervo.



Algumas questões costumam cobrar os sais anestésicos mais associados à parestesia: PRILOCAÍNA E ARTICAÍNA!

➤ **Paralisia do nervo facial:** bloqueio de nervo infraorbital ou quando se infiltram os caninos maxilares. Comumente é causada pela **introdução de anestésico local na cápsula da glândula parótida**, que se localiza no limite posterior do ramo mandibular, envolta pelos músculos pterigoideo medial e masseter. O direcionamento da agulha posteriormente ou o desvio inadvertido em uma direção posterior **durante um BNAI**, ou ainda uma inserção excessiva durante um **bloqueio nervoso de Vazirani-Akinosi**, podem colocar a ponta da agulha dentro do corpo da glândula parótida.



➤ **Trismo:** espasmo tetânico prolongado dos músculos da mandíbula, que acabam por restringir a abertura normal da boca (mandíbula fechada); pode se tornar um dos problemas mais crônicos e difíceis de tratar.

O **traumatismo nos músculos ou vasos sanguíneos na fossa infratemporal** é o fator causal mais comum no trismo associado à injeção odontológica de anestésicos locais. As soluções anestésicas locais nas quais **álcool ou soluções de esterilização a frio se difundiram produzem irritação dos tecidos** (p. ex., músculos), potencialmente levando ao trismo. **Hemorragia** é outra causa de trismo.

Por fim, antes de prosseguirmos com o estudo das técnicas de anestesia maxilar e mandibular mais cobradas em provas, vamos revisar um conteúdo muito importante: a **inervação sensitiva dos maxilares x dentes e tecidos moles inervados**.

TÉCNICAS ANESTÉSICAS NA ODONTOLOGIA

INERVAÇÃO SENSITIVA DOS MAXILARES NERVO	DENTES ANESTESIADOS	TECIDO MOLE ANESTESIADO
Alveolar inferior	Todos os dentes mandibulares	Tecido mole vestibular dos pré-molares, canino e incisivos
Lingual	Nenhum	Tecido mole lingual de todos os dentes
Bucal	Nenhum	Tecido mole vestibular dos molares e do segundo pré-molar
Alveolar superior anterior	Incisivos e canino maxilar	Tecido mole vestibular dos incisivos e canino
Alveolar superior médio	Pré-molares maxilar e parte do primeiro molar	Tecido mole vestibular dos pré-molares
Alveolar superior posterior	Molares maxilar exceto parte do primeiro molar	Tecido mole vestibular dos molares
Palatino anterior	Nenhum	Tecido mole lingual dos molares e pré-molares
Nasopalatino	Nenhum	Tecido mole lingual dos incisivos e canino

As técnicas anestésicas mais cobradas em prova são:

Bloqueio do nervo alveolar superoanterior (ASA) ou Infraorbital (erroneamente):

Recomendado para o tratamento de dentes anteriores em um quadrante. Elevada frequência de sucesso e extremamente segura. Temor infundado de lesão ao olho do paciente.



Nervos anestesiados:	Alveolares superiores médio e anterior, palpebral inferior, nasal lateral e labial superior.
Áreas anestesiadas:	Incisivos, canino e pré-molares superiores, pálpebra inferior, asa do nariz, lábio superior e raiz mesiovestibular do primeiro molar superior (72% dos casos).
Profundidade da penetração:	= 16 mm (=ASP).

Bloqueio do nervo alveolar superior médio (ASM): recomendado para o tratamento de pré-molares em um quadrante	
Nervo anestesiado:	Alveolar superior médio; Presente somente em, aproximadamente, 28% da população.
Área anestesiada:	1° e 2°PM + raiz mesiobucal do 1°mol (em quem tem esse nervo – 28% da população) + tecido periodontal vestibular
Introdução da agulha:	Prega mucobucal acima do 2°PM. Injetar 0,9 a 1,2 ml de anestésico.
Área alvo:	periápice do 2° pré-molar superior.

Bloqueio do nervo alveolar superoposterior (ASP):	
Recomendado para o tratamento de vários dentes molares em um quadrante.	
Nervo anestesiado:	ASP
Outros nomes:	Bloqueio da tuberosidade baixa ou zigomático.
Áreas anestesiadas:	Área anestesiada: 1°, 2° e 3° mols (72% dos casos, porém, raiz mesiobucal do 1° mol não anestesiada em 28% dos casos) + tecido periodontal vestibular.



Técnica:	Introdução da agulha: fundo de vestibulo do 2o molar superior, 45 graus em relação ao Plano oclusal e ao longo eixo do segundo molar superior (para cima, dentro e trás).
Profundidade de penetração média da agulha =	16mm. Injetar 0,9 a 1,8ml.
Complicações:	Hematoma: introdução da agulha no plexo venoso pterigoideo.

Bloqueio do nervo palatino maior (anterior):

Recomendado para o tratamento dos tecidos moles e ósseos palatinos distais ao canino em um quadrante. Porção posterior do palato duro e tecidos moles que o cobrem anteriormente até o 1ºpm e medialmente até a linha média.

Técnica:	Agulha pelo lado oposto, ângulo reto com o palato duro.
Direção da agulha:	Na região distal ao segundo molar.
Injetar	0,45 a 0,6 ml.
Complicações:	Isquemia com necrose dos tecidos moles do palato (Não usar noradrenalina). Hematoma (raro). Desconforto pela eventual anestesia do palato mole: ocorre nos casos em que o nervo palatino médio está próximo ao local da injeção.

Bloqueio do nervo nasopalatino:

Recomendado para o tratamento dos tecidos moles e ósseos palatinos de canino a canino bilateralmente. Sinônimo: bloqueio do nervo incisivo, bloqueio do nervo esfenopalatino.



Porção anterior do palato duro e tecidos moles que o cobrem da região medial do 1ºPM direito até a mesma região contralateral.

Duas técnicas descritas: Técnica da injeção única. Técnica das múltiplas perfurações.

Bloqueio do nervo alveolar inferior (BNAI):

Erroneamente designado de bloqueio nervoso mandibular.

Segunda técnica de injeção mais frequentemente usada (depois da infiltração).

Técnica com maior porcentagem de fracassos

Possível necessidade de complementação em região de Inc. inferiores.

Exige uma profundidade de penetração da agulha de 25 mm.

Anestesia:

N. Alveolar inferior, N. Incisivo, N. Mental, N. lingual **(NÃO anestesia o bucal)**.

- Dentes até a linha média, corpo da mandíbula, mucoperiósteo bucal, membrana mucosa anterior ao forame mental, dois terços anteriores da língua e assoalho, periósteo e tecidos moles linguais.

Bloqueio mandibular de boca fechada de Vazirani-Akinosi: técnica da tuberosidade.

Nervo anestesiado:	alveolar inferior, lingual, mentoniano, incisivo, milohiídeo.
Áreas anestesiadas:	dentes mandibulares, mucoperiósteo vestibular, 2/3 anteriores da língua, assoalho bucal, mucoperiósteo lingual, e corpo mandibular.
Indicações:	Limitação abertura de boca. Incapacidade de localizar pontos de reparo para o BNAI.



	Múltiplos procedimentos em dentes mandibulares.
Profundidade da agulha:	25mm, bisel voltado para a linha média. Injetar 1,5 a 1,8 ml.

As demais técnicas serão abordadas em nossa aula completa de Anestesiologia!

Te vejo lá!

PERIODONTIA

Um dos assuntos queridinhos do momento é a nova classificação das doenças periodontais e a IDECAN não ficaria de fora dessa! Vamos juntos aprender os principais tópicos do assunto!

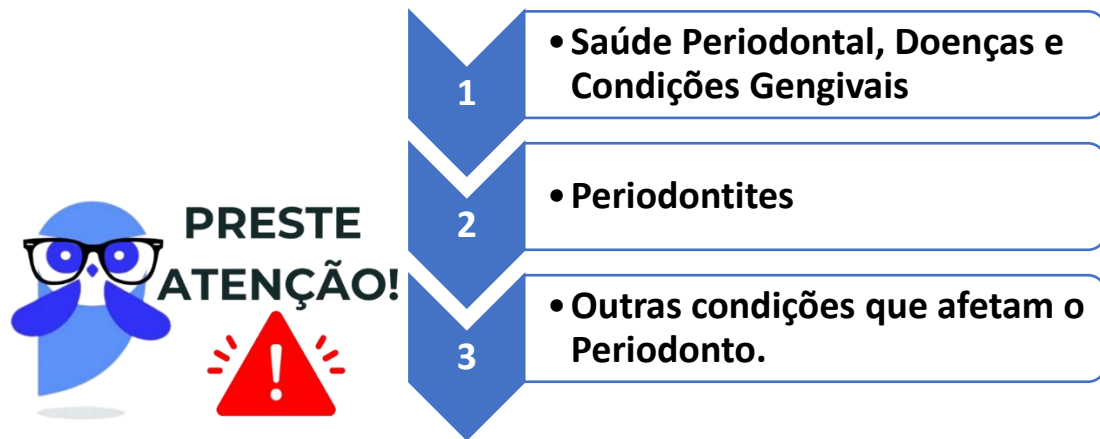
Classificação das doenças periodontais, 2017

Vamos traçar um panorama entre a classificação de 1999 e 2017

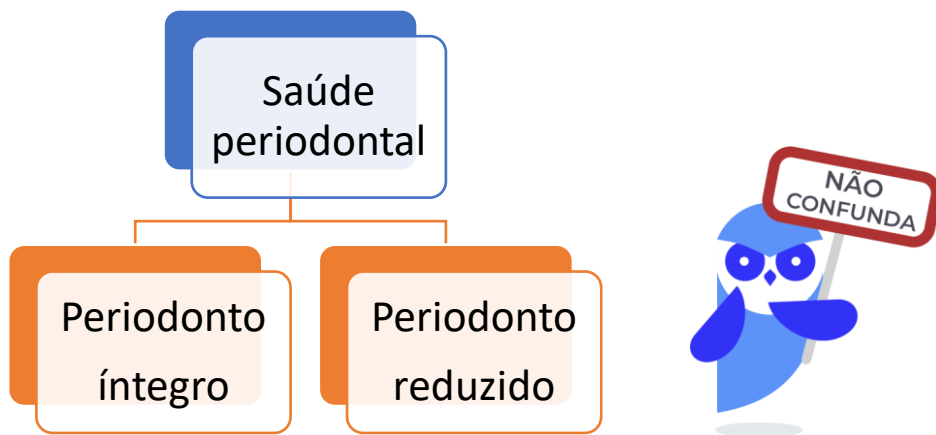
Doenças e condições periodontais			
Classificação, 2017	Saúde periodontal, doenças e condições gengivais.	Periodontite	Outras condições que afetam o periodonto.
Classificação, 1999	Doenças gengivais	Periodontite crônica Periodontite agressiva Periodontite como uma manifestação de doenças sistêmicas Doenças periodontais necrosantes	Abscessos do periodonto Periodontite associada a lesões endodônticas Deformidades e condições de desenvolvimento ou adquiridas

A classificação de 2017 divide as doenças e condições periodontais em três categorias, são elas:

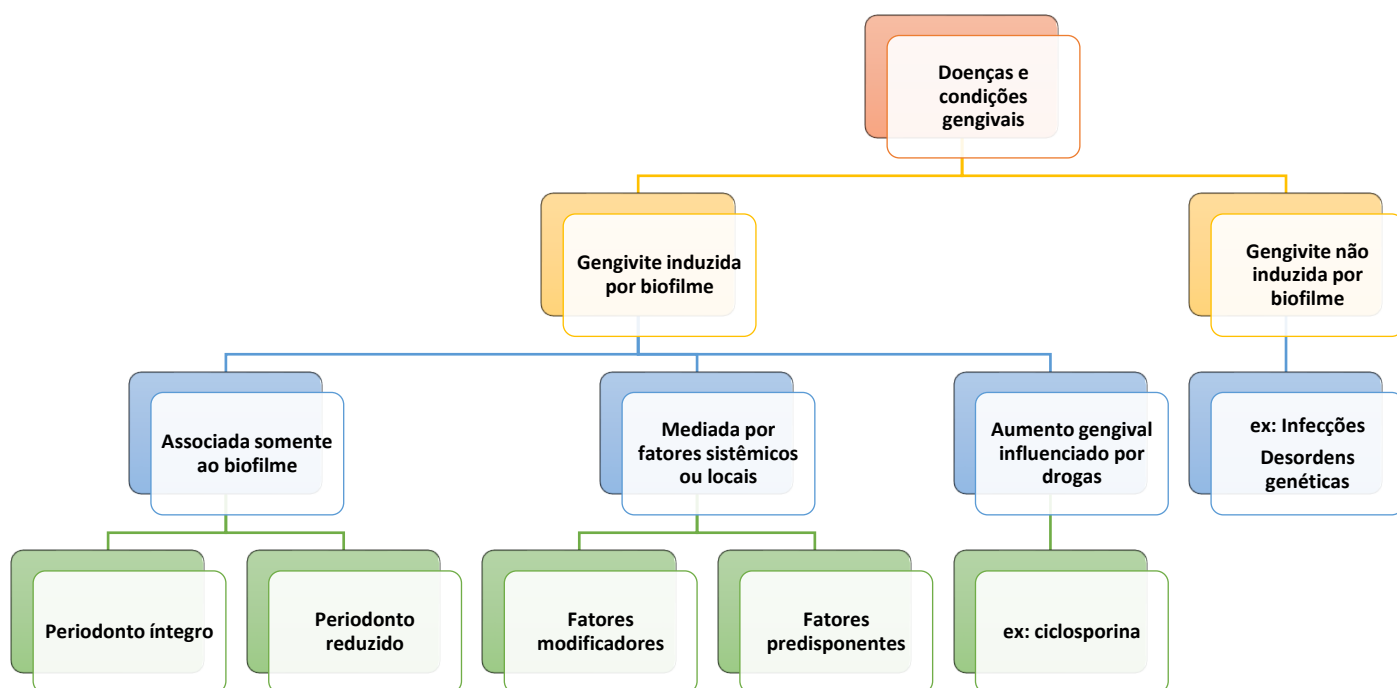




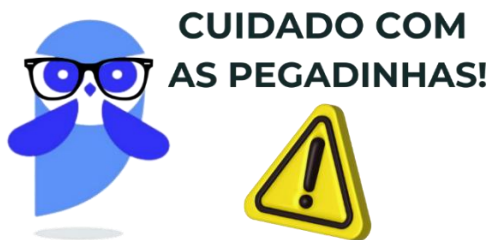
Para fins didáticos, vamos desmembrar a primeira categoria, lembrando que a primeira categoria é de Saúde periodontal, doenças e condições gengivais.



Doenças e condições gengivais



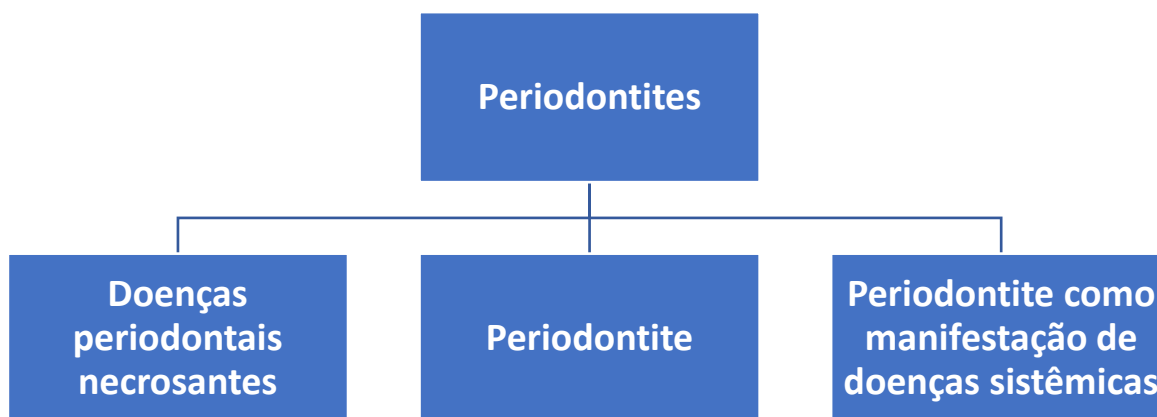
Abaixo veremos um quadro que, baseado nos critérios clínicos, diferencia a saúde gengival ou gengivite induzida por biofilme dental nos periodontos íntegros e reduzidos.



TIPO DE PERIODONTO	CONDIÇÃO	PERDA DE INSERÇÃO	PS	SS	PERDA ÓSSEA RADIOGRÁFICA
ÍNTEGRO	SAÚDE	ausente	≤ 3mm	< 10%	ausente
	GENGIVITE	ausente	≤ 3mm	≥ 10%	ausente
REDUZIDO (sem periodontite prévia)	SAÚDE	presente	≤ 3mm	< 10%	possível
	GENGIVITE	presente	≤ 3mm	≥ 10%	possível
REDUZIDO (periodontite tratada e estável)	SAÚDE	presente	≤ 4mm	< 10%	presente
	GENGIVITE	presente	≤ 4mm	≥ 10%	presente



As três categorias de periodontites são:





O diagnóstico diferencial é baseado na história e nos sinais e sintomas específicos da periodontite necrosante e na presença ou ausência de uma doença sistêmica incomum que altera **definitivamente** a resposta imune do hospedeiro.



Dentro da nova classificação, o assunto que mais cai, sem dúvida, são as periodontites. Aqui tivemos as maiores diferenças entre a de 1999 e 2017.

Decore o conceito abaixo, pois já houve provas em que foi cobrado apenas o conceito de periodontite.



A periodontite é uma doença inflamatória crônica multifatorial associada ao **biofilme disbiótico** e caracterizada pela destruição progressiva do aparato de inserção dental.

Clinicamente, a periodontite caracteriza-se por:

- perda de inserção de **2 mm ou mais** detectada em dois ou mais sítios interproximais não adjacentes; ou
- perda de inserção de **3 mm ou mais**, com profundidade de sondagem clínica maior que 3 mm, na face vestibular ou lingual/palatina de pelo menos 2 dentes, **sem que esta seja atribuída a:**



- retração gengival de origem traumática;
- cárie dentária que se estende à área cervical do dente;
- perda de inserção na face distal de um segundo molar e associada ao mau posicionamento ou à extração de um terceiro-molar;
- lesão endodôntica que drena pelo periodonto marginal;
- fratura radicular vertical.



Decore as tabelas abaixo, pois elas salvam na hora da prova!!

		ESTÁGIO I	ESTÁGIO II	ESTÁGIO III	ESTÁGIO IV
Severidade	Perda de Inserção interproximal	1-2mm	3-4mm	≥ 5mm	≥ 5mm
	Perda óssea radiográfica	<15%	15-33%	Além do terço médio	Além do terço médio
	Perda dental devido à periodontite			≤ 4 dentes	≥ 5 dentes
Complexidade				PCS ≥ 6 mm	Complexidade do estágio III
	Local (sítio)	PCS ≤ 4 mm • Perda óssea Horizontal	PCS ≤ 5 mm • Perda óssea Horizontal	• Perda óssea Vertical ≥ 3mm • Furca Classe II ou III	+ Necessidade de reabilitações complexas
Extensão e distribuição	Adicionar ao estágio	Para cada estágio, descrever a extensão como localizada (perda de inserção clínica/ perda óssea afetando <30% de dentes envolvidos) e generalizada (30% ou mais dos dentes) generalizada; ou ainda padrão incisivo-molar.			

Agora vamos ver as características clínicas para classificarmos de acordo com o grau.



	Progressão	Grau A	Grau B	Grau C
Evidência direta	Perda óssea RX ou Perda de inserção	Nenhuma perda em 5 anos	< 2mm em 5 anos	≥ 2mm em 5 anos
Evidência Indireta	% Perda óssea/idade Fenótipo do caso	< 0.25 ↑biofilme ↓destruição	≥ 0.25 - 1.0 biofilme compatível com a destruição	> 1.0 ↑biofilme ↑destruição
Modificadores (fatores de risco)	Fumo Diabetes	Não fumante Não diabético	< 10 cigarros/dia HbA1c < 7.0%	≥ 10 cigarros/dia HbA1c ≥ 7.0%
Risco de impacto sistêmico na periodontite	Carga inflamatória	< 1 mg/L	1 - 3 mg/L	> 3 mg/L

Por fim, a terceira categoria das doenças periodontais.

Outras condições que afetam o periodonto:

- Doenças ou condições sistêmicas que resultam em perda de tecido periodontal
- Abscessos periodontais
- Lesões endodônticas-periodontais
- Deformidades mucogengivais
- Forças oclusais traumáticas
- Fatores relacionados ao dente e à prótese



CIRURGIA

As manobras cirúrgicas são procedimentos ordenados e executados com instrumentais específicos. Para uma melhor compreensão são divididas, por alguns autores, em quatro fases:



DIÉRESE

EXÉRESE

HEMOSTASIA

SÍNTESE

Nos **tecidos moles**, a diérese compreende **incisão, corte, divulsão, descolamento e sindesmotomia**.

Nos **tecidos duros**, a diérese compreende a **osteotomia, a ostectomia e a odontosecção**.

A **incisão** é realizada com lâminas de bisturi, eletrobisturi ou laser de alta potência sobre os tecidos de recobrimento, como pele, mucosa e gengiva.

A **divulsão** é a separação sem corte dos tecidos e pode ser realizada com uma tesoura curva romba (tipo Metzenbaum) através de uma incisão prévia.

O **descolamento** permite a separação dos tecidos moles de seus apoios ósseos.

A **sindesmotomia** é a incisão do ligamento periodontal.

A **osteotomia** é o corte ou delimitação de segmentos ósseos. É usada nos preparos da mobilização maxilomandibular nas cirurgias ortognáticas, na correção de fraturas mal consolidadas.

A **ostectomia** é a remoção de um tecido ósseo previamente delimitado.

A **odontosecção** tem como finalidade de diminuir o volume e resistência do dente à remoção do alvéolo.

Ao realizar uma **incisão** devemos observar alguns princípios:



PRIMEIRO PRINCÍPIO: utilizar lâminas novas, afiadas e de tamanho adequado;

SEGUNDO PRINCÍPIO: o movimento deve ser firme e realizado de forma contínua para obtenção de bordos regulares

TERCEIRO PRINCÍPIO: evitar seccionar estruturas vitais

QUARTO PRINCÍPIO: incisões envolvendo toda a espessura de superfícies epiteliais, que o cirurgião planeje reaproximar, devem ser feitas com a lâmina em posição perpendicular à superfície epitelial

QUINTO PRINCÍPIO: Incisões no interior da cavidade oral devem ser posicionadas adequadamente.

REVISANDO AS INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES PARA EXTRAÇÃO DENTÁRIA

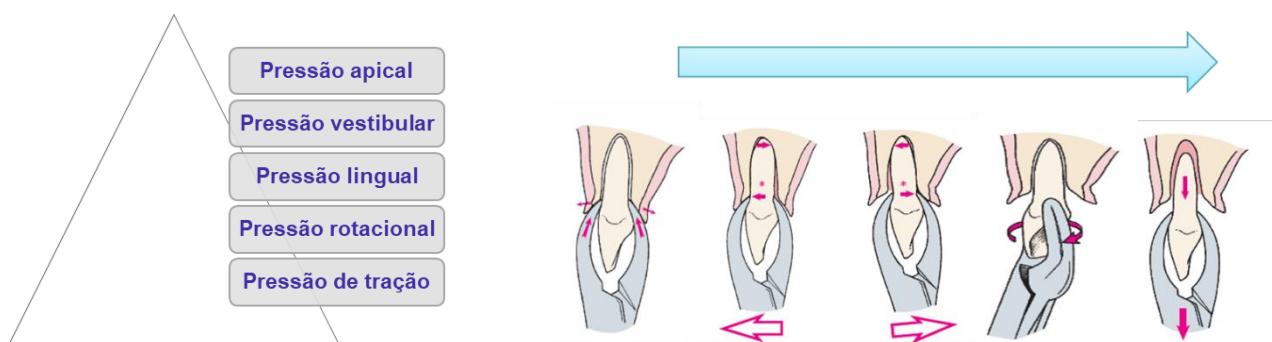
INDICAÇÕES	CONTRAINDICAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cáries ▪ Necrose pulpar ▪ Doenças periodontal ▪ Indicações ortodônticas ▪ Dentes mal posicionados ▪ Dentes impactados ▪ Dentes supranumerários ▪ Dentes fraturados ▪ Dentes associados a lesões patológicas ▪ Dentes em área de fratura nos maxilares ▪ Previamente à radiação (terapia antineoplásica) ▪ Financeiro 	<p>LOCAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pericoronarite severa ▪ Abscesso dentoalveolar agudo ▪ Áreas de tumor maligno ▪ Áreas previamente irradiada
	<p>SISTÊMICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doenças metabólicas descompensadas ▪ Doenças cardíacas severas/ não-controladas ▪ Coagulopatias severas ▪ Leucemias ▪ Linfomas ▪ Bisfosfonatos*
	<p>RELATIVAS: Gestantes e lactantes</p>





O objetivo do uso do fórceps é duplo: (1) **expansão do alvéolo ósseo** pelo uso das pontas em forma de cunha e dos movimentos do próprio dente com o fórceps, e (2) **remoção do dente do alvéolo**.

Fórceps podem aplicar cinco grandes movimentos para luxar dentes e expandir o alvéolo dental.



O primeiro é a **pressão apical**, que consegue dois objetivos: (1) apesar de o dente se mover em direção apical minimamente, o **alvéolo dental é expandido pela inserção das pontas para baixo no espaço do ligamento periodontal**. Assim, a pressão apical do fórceps no dente causa expansão óssea.



DESPENCA NA PROVA!

(2) Uma segunda realização da pressão apical é que o **centro de rotação do dente é deslocado apicalmente**. Como o dente está se movendo em resposta à força exercida pelo fórceps, o mesmo se torna o instrumento de expansão. Se o fulcro é alto (mais coronal), uma quantidade maior de força é colocada na região apical do dente, o que aumenta a chance de fratura no terço apical da raiz. Se as pontas do fórceps são forçadas no espaço do ligamento periodontal, o centro de rotação é movido apicalmente, o que resulta em maior movimento das forças de expansão na crista e menos força movendo o ápice do dente lingualmente. Este processo diminui a chance de fratura apical da raiz.

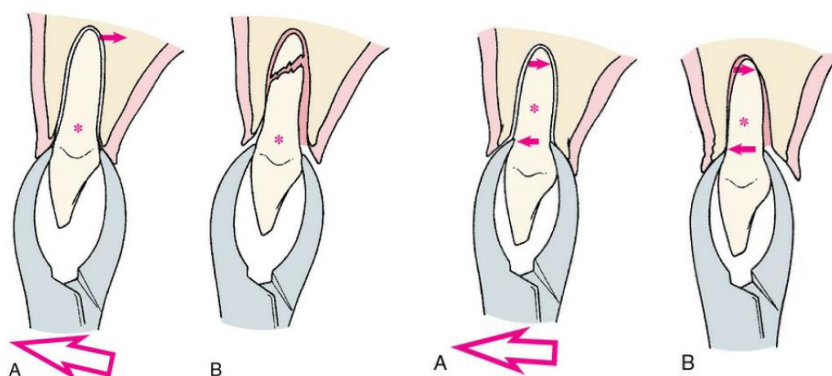


Imagem retirada de: HUPP, James R.; III, Edward Ellis; TUCKER, Myron R.. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. 696 p. Imagem à esquerda demonstrando fulcro alto e imagem à direita demonstrando fulcro mais apical.



PRESTE ATENÇÃO!



“Uma grande força apical é sempre útil e deve ser aplicada sempre que o fórceps for adaptado ao dente”. As questões gostam de induzir o candidato a achar que essa frase está errada, mas ela está correta!!!

A segunda maior pressão ou movimento aplicado pelo fórceps é a **força vestibular**. Pressões vestibulares resultam em **expansão da lâmina vestibular, particularmente na crista óssea**. Apesar de a pressão vestibular causar forças de expansão na crista óssea, é importante lembrar que isso também **causa pressão lingual apical**. Além do mais, força excessiva pode fraturar osso vestibular ou causar fratura da porção apical da raiz.



O terceiro movimento é a **pressão lingual ou palatina** similar ao conceito da pressão vestibular, mas tem como **objetivo expandir o osso da crista lingual e, ao mesmo tempo, evitar pressão excessiva no osso apical vestibular.**

Quarto, **pressão rotacional**, como o nome indica, roda o dente, o que causa alguma expansão interna do alvéolo dental e rompimento dos ligamentos periodontais. **Dentes com raízes únicas, cônicas (como incisivos maxilares e pré-molares mandibulares) e aqueles com raízes que não são curvas são os mais fáceis de luxar com essa técnica.** Dentes que têm outras raízes que não sejam cônicas ou têm múltiplas raízes - especialmente se as raízes forem curvas - são mais passíveis de fratura sob este tipo de pressão.



As questões gostam de fazer pegadinhas dizendo que dentes multirradiculares podem ser submetidos a pressão rotacional, mas não podem! Fique atento!

Finalmente, forças tradicionais são úteis para tirar o dente do alvéolo uma vez que expansão óssea adequada é atingida. Como mencionado anteriormente, dentes não devem ser puxados dos seus alvéolos. Forças de tração devem ser limitadas à porção final do processo de extração e devem ser gentis. Se força excessiva é necessária, outras manobras devem ser executadas para melhorar a luxação radicular.

A maioria dos dentes é removida por uma combinação de forças vestibulares e linguais (palatinas). Como o osso maxilar vestibular é normalmente mais fino e o palatino é uma cortical mais espessa, dentes maxilares são normalmente removidos por forças vestibulares mais fortes e forças palatinas menos vigorosas. Na mandíbula, o osso vestibular é mais fino a partir da linha média posterior à área dos molares. Assim, incisivos, caninos e pré-molares são removidos principalmente como resultado de força vestibular e pressão lingual menos vigorosa. Molares mandibulares têm osso vestibular mais grosso e geralmente precisam de maior pressão lingual em comparação com outros dentes na boca.

Como mencionado anteriormente, forças rotacionais são úteis para dentes unirradiculares que têm raízes cônicas e sem curvaturas no final da raiz. Os incisivos maxilares, especialmente o incisivo central e os pré-molares mandibulares (especialmente o segundo pré-molar) são mais susceptíveis a forças rotacionais.

(IDECAN - SESAP-RN - 2025) A técnica de exodontia simples consiste na movimentação do fórceps em cinco movimentos principais. O primeiro movimento é a pressão apical, que promove



- A) a lateralidade do elemento dentário, seguida da rotação dele, permitindo sua remoção do alvéolo dentário.
- B) a expansão do alvéolo em direção vestibular através da inserção das pontas ativas no ligamento periodontal e movimentação do ápice do dente em direção lingual ou palatina.
- C) a expansão do alvéolo a partir da inserção das pontas ativas no ligamento periodontal e deslocamento do centro de rotação do dente em direção apical.
- D) a rotação do elemento dentário que promove a tração do elemento para fora do alvéolo.
- E) a expansão do alvéolo em direção lingual através da inserção das pontas ativas no ligamento periodontal e movimentação do ápice do dente em direção vestibular.

Comentários:

Lembre-se: a pressão apical apresenta dois objetivos: expansão alveolar e deslocamento do fulcro para apical. A **letra C** está **correta** e é o gabarito da questão.

Veja a seguir as regiões nos maxilares em que o osso é mais fino:



OSSO	OSSO MAIS FINO	PRINCIPAL MOVIMENTO
MAXILA	VESTIBULAR	LUXAÇÃO PARA VESTIBULAR
MANDÍBULA	VESTIBULAR EM INCISIVOS, CANINOS, PRÉ-MOLARES	LUXAÇÃO PARA VESTIBULAR
	LINGUAL DOS MOLARES	LUXAÇÃO PARA LINGUAL

Dentes Impactados

Um dente é considerado impactado quando falha na sua erupção para a cavidade bucal dentro do tempo esperado. Nem todos os dentes ditos "inclusos" são impactados.

Veja a ordem de prevalência dos dentes impactados (Fonte: Hupp et al):



Indicações de extração



Prevenção e tratamento da pericoronarite
Prevenção da cárie dentária
Motivos ortodônticos
Prevenção de cistos e tumores
Reabsorção radicular de dentes adjacentes
Confecção de próteses dentárias
Prevenção de fratura da mandíbula
Tratamento da dor de origem desconhecida



REVISANDO AS INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES PARA A EXTRAÇÃO DENTÁRIA DOS DENTES IMPACTADOS

EXTRAÇÕES DENTÁRIAS DE DENTES IMPACTADOS	
INDICAÇÕES	CONTRAINDICAÇÕES



<ul style="list-style-type: none">▪ Pericoronarite▪ Reabsorção radicular▪ Doença periodontal▪ Cárie▪ Patologias (cistos, tumores)▪ Dores sem origem aparente▪ Motivos ortodônticos▪ Confeção de prótese dentárias▪ Fratura mandibular (prevenção e estar situado no traço da fratura)	<ul style="list-style-type: none">▪ Extremos etários▪ Condição médica comprometida▪ Possibilidade de danos excessivos às estruturas adjacentes
---	--



Classificação dos dentes impactados

Foram elaborados alguns sistemas de classificação, com base em imagens radiográficas panorâmicas, para avaliar a acessibilidade e grau de dificuldade do procedimento cirúrgico.

O sistema que utiliza a angulação do longo eixo do terceiro molar impactado, tendo como referência o longo eixo do segundo molar, é o sistema mais utilizado.

MESIOANGULAR	<ul style="list-style-type: none">• 43% (Hupp)• extração mais fácil
VERTICAL	<ul style="list-style-type: none">• 38% (Hupp)• segunda mais frequente
HORIZONTAL	<ul style="list-style-type: none">• 3% (Hupp)• dificuldade intermediária
DISTOANGULAR	<ul style="list-style-type: none">• 6% (Hupp)• extração mais difícil



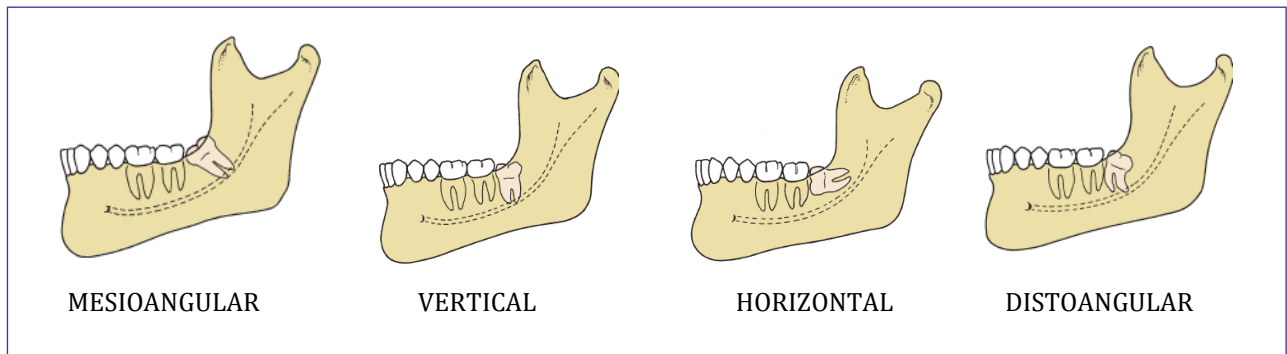


Figura: Hupp et al., 2009.

Outra classificação muito usada é a de Pell e Gregory (apesar de o livro de Miloro et al. não citar esse nome). Essa classificação avalia dois aspectos principais:



- 1- a relação do dente impactado com a borda anterior do ramo ascendente
- 2- a profundidade da impacção sob tecido duro ou mole



RELAÇÃO COM A MARGEM ANTERIOR DO RAMO

Classifica o dente de acordo com a *quantidade de dente impactado coberta com osso no ramo mandibular*

A **relação de Classe 1** ocorre quando existir espaço suficiente para a acomodação do terceiro molar inferior entre a **face distal do segundo molar inferior e o ramo mandibular**. Nesses casos, o dente impactado encontra-se com a **coroa à frente da margem anterior do ramo**.

A **relação de Classe 2** ocorre quando o espaço entre o ramo mandibular e a face distal do segundo molar é menor do que o diâmetro mesiodistal da coroa do terceiro molar, ou seja, **metade do dente encontra-se dentro do ramo**.

A **relação de Classe 3** é quando todo o terceiro molar estiver **dentro do espaço do ramo ascendente** da mandíbula.

No que se refere ao grau de dificuldade para a extração dentária é importante você ter em mente o seguinte: **a extração mais fácil é a Classe 1, a mais difícil a Classe 3.**

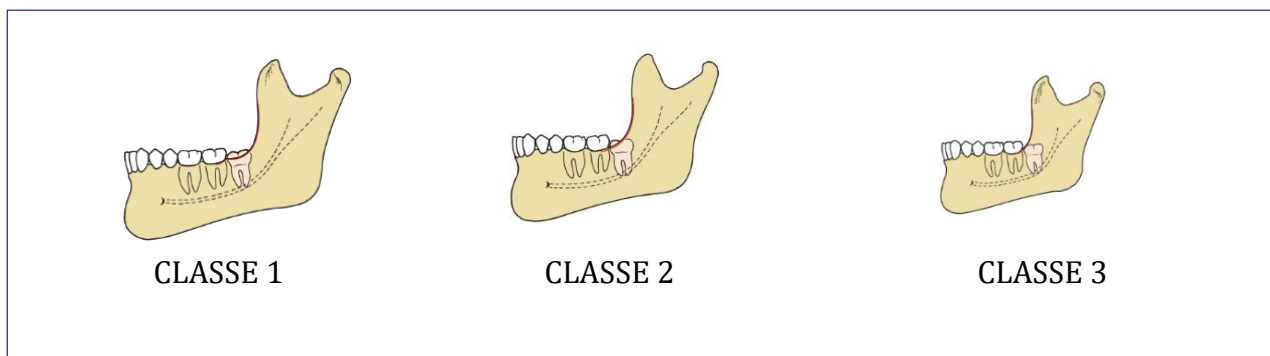


Figura: Hupp et al., 2009.

RELAÇÃO COM O PLANO OCLUSAL

Classifica o dente comparando a *profundidade do dente impactado em relação ao segundo molar adjacente*. O grau de dificuldade aumenta conforme a profundidade de dente impactado aumenta.

A **relação de Classe A** ocorre quando a oclusal do terceiro molar inferior se encontra **no mesmo nível ou próximo do plano oclusal do segundo molar inferior**.

A **relação de Classe B** ocorre quando a oclusal do terceiro molar inferior está **entre o plano oclusal e a linha cervical do segundo molar inferior**.

A **relação de Classe C** é quando a oclusal do terceiro molar inferior **está abaixo da cervical do segundo molar inferior**.

No que se refere ao grau de dificuldade, guarde isso: **a extração mais fácil é a relação de Classe A e a mais difícil a Classe C.**

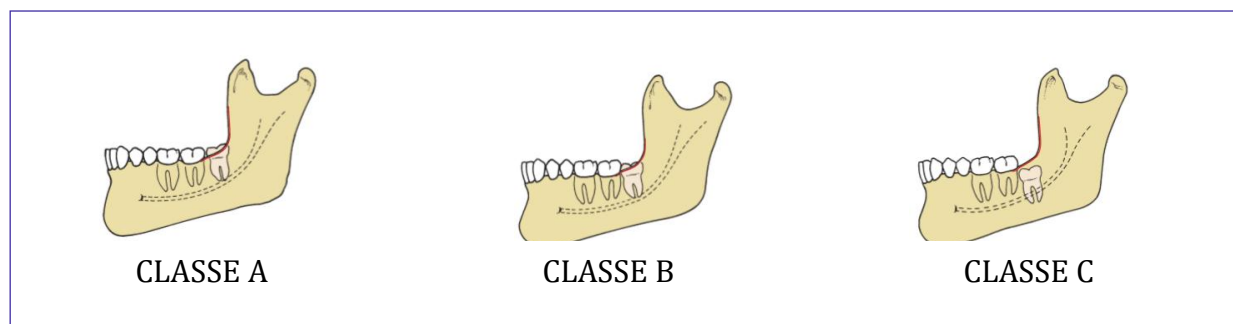


Figura: Hupp et al., 2009.

PRÓTESE DENTÁRIA

RETENTORES INTRARRADICULARES

O aluno concursado precisa entender os pontos-chave do assunto de retentores intrarradiculares, pois é um assunto-chave nas provas da banca IDECAN. Vamos ver um pouco desse assunto juntos?

Retentores intrarradiculares ou núcleos intrarradiculares são utilizados quando ocorre **perda parcial ou total da coroa dentária e não há remanescente dentário suficiente para se obter retenção**, o que requer **retenção intrarradicular (no interior da raiz dentária)** para a coroa protética ou material restaurador (quando há possibilidade de reconstrução em resina composta).



São necessários **requisitos** para a instalação de retentores intrarradiculares:

- ✓ Tratamento endodôntico satisfatório
- ✓ Suporte ósseo adequado
- ✓ Ausência de sensibilidade
- ✓ Ausência de fístula
- ✓ Ausência de lesão periapical
- ✓ Ausência de bolsa periodontal
- ✓ Ausência de mobilidade dentária

Após verificar todos os requisitos necessários para a confecção dos retentores intrarradiculares, **será realizada a remoção do material obturador do remanescente e o preparo do conduto radicular**. Existem **quatro fatores**, segundo Pegoraro et al, que devem ser analisados com **o objetivo de propiciar retenção e**



resistência adequadas ao núcleo intrarradicular: **comprimento, diâmetro, inclinação das paredes e característica superficial.**



1) Comprimento

O comprimento do pino deve atingir **2/3 total do remanescente dentário**, ou ser equivalente ao **tamanho igual ou maior que a coroa protética** que será confeccionada. Em dentes que tenham sofrido perda óssea, o mais seguro é que o pino tenha um comprimento equivalente **à metade do suporte ósseo da raiz envolvida**. O comprimento adequado do pino no interior da raiz proporciona melhor distribuição de forças oclusais ao longo de toda superfície radicular **diminuindo a possibilidade de ocorrer concentração de tensões em determinadas áreas e, conseqüentemente, fraturas**. Além disso, deve ser deixada **a quantidade mínima de 4 mm de material obturador na região apical** do conduto radicular, para garantir uma vedação adequada. **Quanto maior o comprimento do pino, maior será sua retenção no interior do conduto e maior será a distribuição de tensões.**

2) Diâmetro

Quanto maior o diâmetro do pino, maior será sua retenção e sua resistência. O diâmetro do pino deve apresentar **até 1/3 do diâmetro total da raiz** e a espessura de dentina deve ser maior na face vestibular dos dentes anterossuperiores, uma vez que a incidência de força é maior nesse sentido. Além disso, deve-se tomar um cuidado especial na região do terço apical, no qual a largura mesiodistal é a porção mais estreita da raiz. Para que o núcleo metálico tenha resistência satisfatória, é indispensável que tenha, **pelo menos 1 mm de diâmetro, em sua extremidade apical.**

3) Inclinação das paredes do conduto

Quanto mais paralelas forem as paredes do conduto, maior será a retenção. Na confecção de retentores, **busca-se seguir a própria inclinação do conduto**, que foi trabalhada no tratamento endodôntico e terá seu desgaste aumentado, principalmente, na porção apical para a colocação do núcleo intrarradicular, até que se tenha comprimento e diâmetro adequados.



4) Características superficiais

Para aumentar a retenção de núcleos metálicos fundidos que apresentam superfícies lisas, **pode ser feito jateamento com óxido de alumínio para torná-las irregulares ou rugosas antes da cimentação**. Além dos núcleos metálicos fundidos, existem diversos pinos pré-fabricados que podem possuir superfície lisa, serrilhada ou em parafuso.



A imagem abaixo do livro do professor Pegoraro (2013) ilustra o comprimento e diâmetros necessários na confecção de um pino intrarradicar. Observe que o pino deve ocupar pelo menos metade do suporte ósseo da raiz, possuir comprimento de **2/3 do remanescente dental total, deixando 4 mm de material obturador no ápice**. Além disso, deve apresentar até **1/3 do diâmetro total da raiz**.

Além disso, aluno(a), é importante você saber que uma **indicação clara para a remoção de pinos são os pinos curtos**, pois, pinos que não seguem os requisitos de comprimento e diâmetro não trazem longevidade à reabilitação.

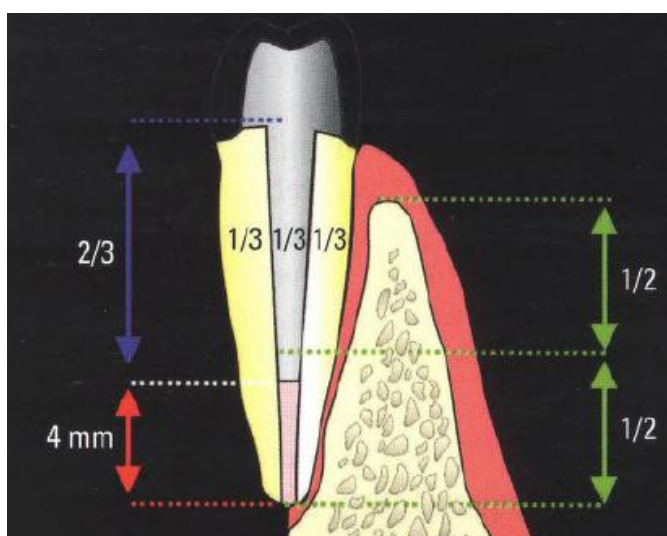


Imagem: Pegoraro (2013)



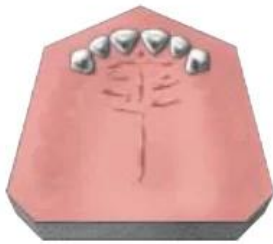
Dentre os pinos pré-fabricados, **os mais utilizados são os pinos de fibra de vidro**. Esses pinos apresentam **menor módulo de elasticidade quando comparado aos núcleos metálicos**, além de possuírem **módulo de elasticidade próximo ao da dentina**, o que permite a obtenção de uma unidade **mecanicamente homogênea que minimiza o estresse na interface dentina/cimento/pino**.

CLASSIFICAÇÃO DE KENNEDY

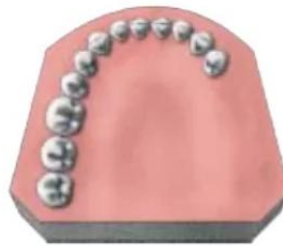
Um outro assunto já cobrado pela banca IDECAN é a **classificação dos arcos parcialmente edentados conforme a classificação de Kennedy (1925)** que propôs a classificação baseada na posição dos espaços edentados em relação aos dentes remanescentes no arco, sendo assim vejamos esse assunto conforme Todescan (1996):

- ✓ Classe I - edentado posterior bilateral
- ✓ Classe II - edentado posterior unilateral
- ✓ Classe III - edentado posterior intercalar
- ✓ Classe IV - edentado anterior intercalar

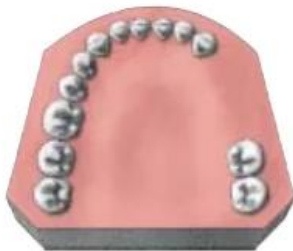




Classe I - edentado posterior bilateral



Classe II - edentado posterior unilateral



Classe III - edentado intercalar



Classe IV - edentado anterior intercalar

Imagens: Frank Kaiser - PPR no laboratório (2018)

Modificações da Classificação de Kennedy

Outros espaços protéticos que ocorrerão, além dos principais, determinarão as **modificações** dentro da mesma classe.

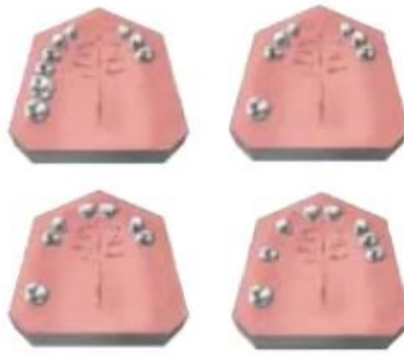
A **identificação da classe deverá ser feita por algarismos romanos (classe I, classe IV)**, enquanto as **modificações serão representadas por algarismos arábicos (modificação 1, modificação 2)**.

Todas as classificações permitirão modificações, **com exceção da CLASSE IV. A classe IV não admite modificações**, pois se existisse mais de um espaço protético, cairia dentro das outras três classificações.

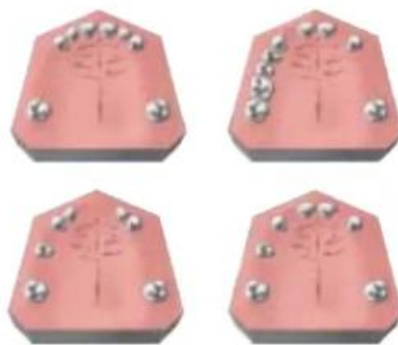




Classe I e suas modificações



Classe II e suas modificações



Classe III e suas modificações

Imagens: Frank Kaiser - PPR no laboratório (2018)



EXEMPLIFICANDO

Como você classificaria esse arco edentado?

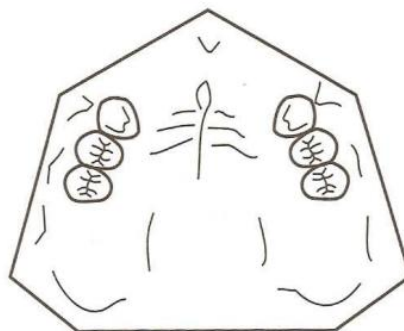


Imagem: Lourenção, O arco parcialmente desdentado e suas classificações (2010)

Esse arco edentado pode ser classificado como **Classe I, modificação 1**, uma vez que se trata de um **arco edentado bilateral com a presença de 1 espaço protético além dos principais.**



Para compreender bem a classificação de Kennedy é preciso conhecer as **regras de Applegate (1960)**:

- ✓ A classificação deve ser **posterior** à etapa de preparo de boca, visto que novas extrações podem alterá-la;
- ✓ Se o terceiro molar está ausente, **não deve se levar em conta a zona edentada correspondente**, pois os terceiros molares não serão recolocados;
- ✓ Se estão presentes os terceiros molares e esses vão ser utilizados como suportes, devem ser considerados na classificação;
- ✓ A área correspondente aos segundos molares ausentes, que por alguma razão não serão reposicionados, não deve ser considerada para efeito da classificação.
- ✓ Quando existem zonas edentadas adicionais na mesma arcada, **a zona ou zonas mais posteriores (com exceção da correspondente aos terceiros molares) regem a classificação.**
- ✓ As zonas edentadas agregadas às que determinam a classificação primária indicam-se como MODIFICAÇÕES dessa classe e são indicadas por um número.
- ✓ **A extensão da zona modificante não tem influência**, o fator determinante é o seu número.
- ✓ **Só as classes I, II e III podem ter modificações ou subdivisões**, visto que na classe IV, as zonas edentadas adicionais resultariam posteriores à "zona edentada bilateral simples".



Devemos mencionar, ainda, que para ser caracterizada como classe IV, **há a necessidade que área desdentada envolva também a linha média**, ou seja, que os incisivos centrais estejam ausentes.



LISTA DE QUESTÕES DA BANCA

1-(IDECAN/PREF. COLÍDER-MT/2020) O Tratamento Restaurador Atraumático (ART) é uma técnica indicada para tratamento em crianças que apresentam problemas de comportamento, pacientes especiais e idosos pois além de não ser utilizada a alta rotação, há uma diminuição do uso de anestésico local. Indique em qual situação essa técnica NÃO deve ser indicada.

- a) Cavidades pequenas.
- b) Cavidades com abscesso.
- c) Restaurações rasas em classe I.
- d) Cavidades acessíveis com instrumentos manuais.
- e) Dentes decíduos com cárie inicial

2-(IDECAN/PREF. COLÍDER-MT/2020) O manchamento do esmalte dentário conhecido por fluorose dentário possui qual característica principal que facilita o seu diagnóstico?

- a) Linhas ou estrias brancas bilaterais.
- b) Aspecto amolecido do esmalte.
- c) Manchas escuras.
- d) Manchas róseas.
- e) Presença de cavidade.

3- (IDECAN/FMS TERESINA-PI/2024) O International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) é um índice composto por 6 escores, idealizado proposto por pesquisadores na área de Cariologia, e com a motivação de criar um índice para avaliação de lesões de cárie que pudesse ser utilizado de forma universal, em diferentes esferas, como a clínica, a epidemiológica, a pesquisa e o ensino. Nesse aspecto, assinale a alternativa que apresenta o escore desse índice que corresponde à mancha branca visível após secagem, sem perda de continuidade superficial, ou pigmentação restrita ao fundo do sulco.

- a) Escore 3.
- b) Escore 4.
- c) Escore 0.
- d) Escore 5.
- e) Escore 1.



4-(IDECAN/FMS TERESINA-PI/2024) Assinale a alternativa que corresponde ao meio de prevenção mais frequentemente utilizado para o controle da cárie dentária, o qual pode ser encontrado sob várias formas, podendo ser administrado por via endógena, aplicado topicamente, em soluções para bochechos, além de ser utilizado em dentifrícios e vernizes.

- a) Aparelhos ortodônticos.
- b) Flúor.
- c) Selantes.
- d) Mudança de hábitos alimentares.
- e) Escovação.

5-(IDECAN/FMS TERESINA-PI/2024) Em relação aos bochechos com fluoreto de sódio, a concentração desse íon para bochechos diários e semanais deve ser, respectivamente,

- a) 0,02% e 0,05%.
- b) 0,05% e 0,2%.
- c) 0,05% e 0,02%.
- d) 0,2% e 0,05%.
- e) 0,05% e 2,0%

6- (IDECAN/FMS-Teresina/2024) Assinale a base anestésica capaz de produzir o aumento dos níveis de metemoglobina no sangue.

- a) Prilocaina.
- b) Articaína.
- c) Bupivacaína.
- d) Mepivacaína.
- e) Lidocaína.

7- (IDECAN/FMS-Teresina/2024) Assinale a alternativa que indica a técnica anestésica de bloqueio mandibular capaz de ser realizada com o paciente de boca fechada.

- a) Gow-Gates.
- b) Vazirani-Akinosi.



c) Bloqueio do nervo alveolar inferior.

d) Bloqueio do nervo mental.

e) Bloqueio do nervo incisivo.

8-(IDECAN/FMS-Teresina/2024) É uma complicação preocupante, embora frequentemente inevitável, da administração de anestésico local, onde o paciente pode relatar que está se sentindo anestesiado ("congelado") muitas horas ou dias após uma injeção de anestésico local. Assim, é correto afirmar que o enunciado corresponde à definição de

a) paralisia do nervo facial.

b) amaurose.

c) parestesia.

d) paralisia do nervo alveolar inferior.

e) analgesia.

9- (IDECAN/FMS-Teresina/2024) Sinalize a base anestésica que apresenta rápido início de ação, entre 1-2 min, potência 1,5 vezes maior do que da lidocaína, baixa lipossolubilidade e a alta taxa de ligação proteica, além de ser metabolizada no fígado e no plasma sanguíneo.

a) Bupivacaína

b) Articaína

c) Prilocaina

d) Mepivacaína

e) Benzocaína



10-(IDECAN/FMS-Teresina/2024) Tradicionalmente tem-se classificado a prevenção das doenças em três níveis: primária, secundária e terciária. Assim, em relação à cárie dentária, assinale a alternativa que demonstra um nível de prevenção secundário.

a) Redução do consumo de açúcar.

- b) Confeção de próteses.**
- c) Fluoretação das águas.**
- d) Realização de restaurações.**
- e) Aplicação de selantes de fossas e fissuras.**

11-(IDECAN/FSM TERESINA/2024) Existem fatores que influenciam o desenvolvimento das doenças periodontais. Assinale a alternativa que indica corretamente um exemplo de fator predisponente das doenças periodontais.

- a) Tabagismo**
- b) Cálculo dental**
- c) Gravidez**
- d) Puberdade**
- e) Anovulatórios**

12-(IDECAN/FSM TERESINA/2024) A Nova Classificação das Doenças Periodontais define a gengivite a partir do percentual de sangramento à sondagem. A gengivite localizada é definida com

- a) $\geq 30\%$ e $\leq 50\%$.**
- b) $< 10\%$.**
- c) $\geq 20\%$ e $\leq 30\%$.**
- d) $\geq 10\%$ e $\leq 30\%$.**
- e) $\geq 1\%$ e $\leq 10\%$**

13-(IDECAN/FSM TERESINA/2024) Chapel e colaboradores, na nova classificação das doenças Periodontais, definem os fatores de riscos locais como

- a) Fatores de risco globais.**
- b) Fatores predisponentes.**
- c) Fatores definidores.**
- d) Fatores de risco sistêmicos.**
- e) Fatores modificadores.**



14-(IDECAN/FSM TERESINA/2024) Em 2018, foi publicada a nova Classificação das doenças periodontais. Essa classificação atribui extensão, estágio e grau para o diagnóstico de periodontite. Indique a alternativa que cita corretamente um fator que é capaz de classificar o indivíduo como Grau C.

- a) Gravidez.
- b) Perda de mais de 5 dentes por periodontite.
- c) Fumar 8 cigarros por dia.
- d) Discrasias sanguíneas.
- e) Hemoglobina glicada = 7,5%.

15-(IDECAN/Prefeitura de Manhumirim - MG - Fisioterapeuta/2017) As medidas de prevenção secundária são métodos importantes de controle de várias endemias associadas às doenças infecciosas ou não. Entre essas medidas de controle tem-se:

- A) Reabilitação e tratamento.
- B) Vacinação e nutrição adequada.
- C) Saneamento básico e vacinação.
- D) Diagnóstico precoce e tratamento.

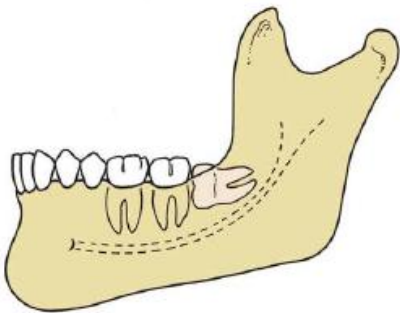
16-(IDECAN - Prefeitura de Maracanaú - Agente Comunitário de Saúde – ACS - 2023) Sobre a epidemiologia, história natural e prevenção das doenças, três assuntos que estão intimamente interligados e ajudam na compreensão de como as doenças ocorrem e como preveni-las, identifique a alternativa correta.

- a) No nível de prevenção secundária de doenças são adotadas ações de manutenção à saúde, evitando a sua ocorrência.
- b) A reabilitação da saúde tem por objetivo, identificar a doença (diagnóstico), limitar as lesões e evitar o aparecimento de complicações e sequelas.
- c) Na fase pré-clínica de uma doença surgem os principais sinais e sintomas, mas ainda sem alterações importantes, como por exemplo dor na nuca em pacientes com hipertensão arterial.
- d) A vacinação, cessação de tabagismo, uso de cinto de segurança, são exemplos de medidas de proteção específicas, ou seja, que evitam o surgimento de doenças ou agravos à saúde específicos.

17-(IDECAN - 2024) Observe a imagem do terceiro molar impactado abaixo e assinale a alternativa que corresponde ao seu ângulo de impactação, à classificação de Pell e Gregory em



relação ao ramo da mandíbula e profundidade dental, como também ao seu grau de dificuldade para exodontia.



- a) Impactação horizontal. Com relação de ramo classe 2 e profundidade tipo B. Apresenta o tipo de impactação mais difícil de remover.
- b) Impactação horizontal. Com relação de ramo classe 2 e profundidade tipo B. Apresenta moderada dificuldade de extração.
- c) Impactação distoangular. Com relação de ramo classe 3 e profundidade tipo C. Apresenta o tipo de impactação mais difícil de remover.
- d) Impactação horizontal. Com relação de ramo classe 2 e profundidade tipo B. Apresenta o tipo de impactação mais fácil de remover.
- e) Impactação mesioangular. Com relação de ramo classe 1 e profundidade tipo A. Apresenta o tipo de impactação mais fácil de remover.

18-(IDECAN - 2016) Os retalhos são muito utilizados em cirurgia oral, em procedimentos periodontais e endodônticos para obter acesso ao dente e às superfícies adjacentes. São características dos retalhos, EXCETO:

- a) São demarcados por incisões cirúrgicas.
- b) Podem ser recolocados na posição original.
- c) Não possuem seu próprio suprimento sanguíneo.
- d) Permitem acesso cirúrgico aos dentes subjacentes.

19- (IDECAN/SESAP RN/2025) Durante um procedimento de anestesia local para a extração de um primeiro pré-molar superior, o cirurgião-dentista explica ao paciente quais áreas serão anestesiadas. Ele menciona que, além do dente em questão, a raiz mesiovestibular do primeiro molar superior também recebe inervação do mesmo nervo. Assinale a alternativa que indica corretamente o nome do nervo responsável pela inervação sensitiva das regiões citadas.

- (A) Nervo bucal.

- (B) Alveolar superior médio.
- (C) Alveolar superior posterior.
- (D) Alveolar superior anterior.
- (E) Nervo nasopalatino.

20- (IDECAN/SESAPRN/2025) Os corticoides são medicamentos utilizados na Odontologia em situações específicas. Assinale a alternativa que indica corretamente um medicamento dessa classe.

- (A) Diclofenaco.
- (B) Ibuprofeno.
- (C) Paracetamol.
- (D) Dipirona.
- (E) Dexametasona.

21 - (IDECAN/SESAPRN/2025) Um paciente de 55 anos comparece ao consultório para reabilitação protética de um elemento que apresenta extensa destruição coronária após tratamento endodôntico. Para garantir a retenção adequada do núcleo intrarradicular, indique qual deve ser o comprimento ideal do pino a ser utilizado.

- (A) Igual ou superior a 2/3 do comprimento radicular.
- (B) Igual ou inferior a 1/3 do comprimento radicular.
- (C) Com extensão máxima de 5mm para não danificar a raiz.
- (D) Igual ao comprimento da raiz, até o ápice
- (E) Apenas na região cervical, sem avançar para a porção radicular.

22- (IDECAN/PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA/2024) A classificação de Kennedy é um método de classificação para os arcos parcialmente edentados, que considera os aspectos anatomotopográficos dos arcos dentais parcialmente edentados, agrupando todas as possíveis combinações de ausências dentais em apenas quatro grandes grupos ou classes. Dessa maneira, assinale a alternativa que caracteriza corretamente a classe II de Kennedy.

- a) Edentado posterior bilateral.



- b) Edentado lateral, com dentes remanescentes posicionados anterior e posteriormente ao espaço protético.**
- c) Edentado posterior unilateral.**
- d) Edentado superior bilateral.**
- e) Edentado anterior, com o espaço edentado cruzando a linha média**

23- (IDECAN/PREFEITURA DE SANTA LUZIA/2020) Qual seria a indicação para remoção de pino intrarradicular?

- a) Pino curto**
- b) Pino longo**
- c) Pino sem folga na raiz**
- d) Tratamento endodôntico satisfatório**
- e) Coroa sem estética**



QUESTÕES COMENTADAS DA BANCA

1-(IDECAN/PREF. COLÍDER-MT/2020) O Tratamento Restaurador Atraumático (ART) é uma técnica indicada para tratamento em crianças que apresentam problemas de comportamento, pacientes especiais e idosos pois além de não ser utilizada a alta rotação, há uma diminuição do uso de anestésico local. Indique em qual situação essa técnica NÃO deve ser indicada.

- a) Cavidades pequenas.
- b) Cavidades com abscesso.
- c) Restaurações rasas em classe I.
- d) Cavidades acessíveis com instrumentos manuais.
- e) Dentes decíduos com cárie inicial

Comentários:

A abordagem ART segue o **princípio da máxima prevenção e mínima invasão** e busca deter a progressão da doença cárie. Essa técnica consiste em remoção do tecido cariado amolecido e completamente desmineralizado, com auxílio de instrumentais manuais, e posterior restauração da cavidade.

Essa técnica é indicada para pacientes com **alto risco ou atividade de cárie**, que possuam **cavidades de profundidade média ou rasa, com envolvimento de dentina**, que não possuam sinais como fístula, abscesso ou dor espontânea.

O ART também pode ser empregado no atendimento de pessoas idosas, debilitadas e internadas em hospitais, pacientes com necessidades especiais, gestantes e como forma de condicionamento comportamental em crianças na primeira consulta.

São contraindicações para o uso da técnica a presença de patologias pulpares, pulpites crônicas ou irreversíveis, exposição pulpar, presença de abscesso ou fístula, histórico de dor, necrose pulpar e cavidades que não permitam o acesso aos instrumentos manuais para remoção dentinária.



A alternativa B é o gabarito e está incorreta, por não ser uma indicação para a técnica de ART.

2-(IDECAN/PREF. COLÍDER-MT/2020) O manchamento do esmalte dentário conhecido por fluorose dentário possui qual característica principal que facilita o seu diagnóstico?

a) Linhas ou estrias brancas bilaterais.

b) Aspecto amolecido do esmalte.

c) Manchas escuras.

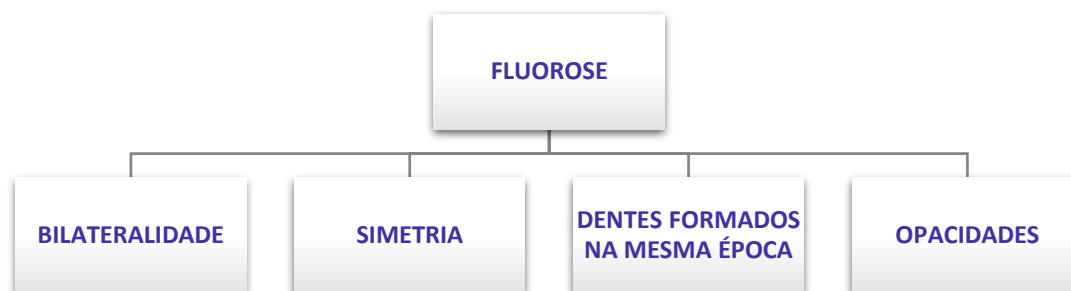
d) Manchas róseas.

e) Presença de cavidade.

Comentários:

A **fluorose** é uma forma de intoxicação, do tipo crônica, que ocorre quando o indivíduo é exposto a concentrações de flúor acima das aceitáveis por **períodos prolongados**. Sua aparência clínica pode variar desde pequenas linhas esbranquiçadas a um esmalte quebradiço e opaco. A gravidade das manifestações clínicas depende da **quantidade de flúor ingerida, da duração da exposição e do estágio da amelogenese no período de exposição ao flúor**.

A primeira manifestação da fluorose é um aumento na porosidade do esmalte ao longo das estrias de Retzius. Clinicamente evidencia-se a maior porosidade através da opacidade (manchas da fluorose). A fluorose dentária é vista em dentes que se formaram na mesma época (**bilateral**) e apresenta **distribuição simétrica**. As manifestações variam desde linhas opacas finas e esbranquiçadas, correspondendo às periquimáceas até uma superfície com aspecto de giz branco.



A alternativa A está correta.

3- (IDECAN/FMS TERESINA-PI/2024) O International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) é um índice composto por 6 escores, idealizado proposto por pesquisadores na área de Cariologia, e com a motivação de criar um índice para avaliação de lesões de cárie que pudesse ser utilizado de forma universal, em diferentes esferas, como a clínica, a epidemiológica, a pesquisa e o ensino. Nesse aspecto, assinale a alternativa que apresenta o escore desse índice



que corresponde à mancha branca visível após secagem, sem perda de continuidade superficial, ou pigmentação restrita ao fundo do sulco.

- a) Escore 3.
- b) Escore 4.
- c) Escore 0.
- d) Escore 5.
- e) Escore 1.

Comentários:

0	DENTE HÍGIDO (sem alteração)
1	LESÃO DE MANCHA BRANCA VISÍVEL APÓS SECAGEM PROLONGADA COM JATO DE AR SECO (>5 SEGUNDOS)
2	LESÃO DE MANCHA BRANCA VISÍVEL MESMO COM PRESENÇA DE UMIDADE
3	CAVIDADE EM ESMALTE SEM DENTINA VISÍVEL OU SOMBREAMENTO APARENTE (esmalte opaco ou pigmentado)
4	SOMBREAMENTO ESCURECIDO EM DENTINA
5	CAVIDADE EVIDENTE COM DENTINA EXPOSTA E VISÍVEL ENVOLVENDO MENOS DA METADE DA SUPERFÍCIE DO DENTE
6	CAVIDADE EVIDENTE COM DENTINA EXPOSTA E VISÍVEL ENVOLVENDO MAIS DA METADE DA SUPERFÍCIE DO DENTE

A alternativa E está correta.

4-(IDECAN/FMS TERESINA-PI/2024) Assinale a alternativa que corresponde ao meio de prevenção mais frequentemente utilizado para o controle da cárie dentária, o qual pode ser encontrado sob várias formas, podendo ser administrado por via endógena, aplicado topicamente, em soluções para bochechos, além de ser utilizado em dentifrícios e vernizes.

- a) Aparelhos ortodônticos.
- b) Flúor.
- c) Selantes.
- d) Mudança de hábitos alimentares.
- e) Escovação.

Comentários:

A descoberta do efeito **anticariogênico** do flúor e sua utilização como método preventivo é considerado um dos maiores avanços em termos de saúde pública. O flúor sozinho não tem a



capacidade de impedir a doença cárie, ele não interfere nos chamados fatores primários ou necessários. No entanto, quando presente na cavidade bucal reduz a perda de minerais da estrutura dentária.

A alternativa B está correta.

5-(IDECAN/FMS TERESINA-PI/2024) Em relação aos bochechos com fluoreto de sódio, a concentração desse íon para bochechos diários e semanais deve ser, respectivamente,

- a) 0,02% e 0,05%.
- b) 0,05% e 0,2%.
- c) 0,05% e 0,02%.
- d) 0,2% e 0,05%.
- e) 0,05% e 2,0%

Comentários:

Flúor na forma de bochecho e concentrações indicadas: **NaF 0,05% (227 ppm F)** para **uso diário** e **NaF 0,2% (909 ppm F)** para **uso semanal**

A alternativa B está correta.

6-(IDECAN/FMS-Teresina/2024) Assinale a base anestésica capaz de produzir o aumento dos níveis de metemoglobina no sangue.

- a) Prilocáína.
- b) Articaína.
- c) Bupivacaína.
- d) Mepivacaína.
- e) Lidocaína.

Comentários:

A alternativa A está correta e é o gabarito da questão. A reação de metemoglobinemia está tipicamente relacionada ao uso de dois tipos de anestésicos locais de uso parenteral: prilocaína e articaína (em um grau muito inferior do que a prilocaína); e um anestésico de aplicação tópica: benzocaína. A aplicação desses anestésicos em altas doses pode aumentar o nível de metemoglobinemia.



7-(IDECAN/FMS-Teresina/2024) Assinale a alternativa que indica a técnica anestésica de bloqueio mandibular capaz de ser realizada com o paciente de boca fechada.

a) Gow-Gates.

b) Vazirani-Akinosi.

c) Bloqueio do nervo alveolar inferior.

d) Bloqueio do nervo mental.

e) Bloqueio do nervo incisivo.

Comentários:

A **alternativa B** está correta e é o gabarito da questão. Bloqueio mandibular de boca fechada de Vazirani-Akinosi: técnica da tuberosidade. Nervos anestesiados: alveolar inferior, lingual, mentoniano, incisivo, milohióideo. Áreas anestesiadas: dentes mandibulares, mucoperiósteo vestibular, 2/3 anteriores da língua, assoalho bucal, mucoperiósteo lingual, e corpo mandibular. Indicações: Limitação abertura de boca. Incapacidade de localizar pontos de reparo para o BNAI. Múltiplos procedimentos em dentes mandibulares. Profundidade da agulha= 25mm, bisel voltado para a linha média. Injetar 1,5 a 1,8 ml.

A **alternativa A** está incorreta. Bloqueio do nervo mandibular: Técnica de Gow-Gates - nervo mandibular. Verdadeiro bloqueio nervoso mandibular. Vantagens da técnica de Gow-Gates sobre o BNAI: maior frequência de êxito, incidência mais baixa de aspiração positiva (aproximadamente 2% x 10% a 15% no BNAI); ausência de problemas de inervação sensorial acessória aos dentes mandibulares. Nervos anestesiados: alveolar inferior, lingual, mentoniano, incisivo, milohióideo, auriculotemporal, bucal (75% dos pacientes). Áreas anestesiadas: dentes mandibulares, mucoperiósteo vestibular, 2/3 anteriores da língua, assoalho bucal, mucoperiósteo lingual, corpo mandibular, regiões temporal e ouvido externo. Alta taxa de sucesso: 95%; Aspiração positiva: 2% (menor que BNAI); Tempo de início da anestesia maior que o BNAI (5 min.); anestésico depositado longe do nervo (5 a 10mm); Prof. Média de penetração: 25mm; Complicações: Hematoma (Artéria maxilar), Trismo (raro), Paralisia dos nervos III, IV e VI.

A **alternativa C** está incorreta. Bloqueio do nervo alveolar inferior (BNAI): Erroneamente designado de bloqueio nervoso mandibular. Segunda técnica de injeção mais frequentemente usada (depois da infiltração). Técnica com maior porcentagem de fracassos (aproximadamente 15 a 20%). Possível necessidade de complementação em região de Inc. inferiores. Exige uma profundidade de penetração da agulha de 25 mm.

A **alternativa D** está incorreta. Bloqueio do nervo mental: Nervo anestesiado: mentoniano. Áreas anestesiadas: Mucosa da boca anterior ao forame mentoniano até linha média de ICI até 2º PMI, pele do lábio inferior, região mentoniana. Anestesia apenas de tecidos moles. Agulha curta calibre 25. Área de penetração: entre os ápices do 1º e 2ºPM. Profundidade de penetração: 5 a 6mm. Injetar 0,6 ml.



A **alternativa E** está incorreta. Bloqueio do nervo incisivo: Ramo do NAI, que inerva dentes anteriores ao forame mentoniano. Nervos anestesiados: incisivo e mentoniano. Áreas anestesiadas: mucosa vestibular de ICI até 1º PMI, lábio inferior, osso e dentes na região de ICI até 1º PMI. Técnica: área-alvo: forame mentoniano, palpar forame mentoniano. Penetração da agulha: 5 ou 6 mm. Injetar 0,6 ml.

8-(IDECAN/FMS-Teresina/2024) É uma complicação preocupante, embora frequentemente inevitável, da administração de anestésico local, onde o paciente pode relatar que está se sentindo anestesiado ("congelado") muitas horas ou dias após uma injeção de anestésico local. Assim, é correto afirmar que o enunciado corresponde à definição de

- a) paralisia do nervo facial.
- b) amaurose.
- c) parestesia.
- d) paralisia do nervo alveolar inferior.
- e) analgesia.

Comentários:

A **alternativa C** está correta e é o gabarito da questão. Parestesia ou anestesia prolongada: podem ocorrer sensações de adormecimento, inchaço, formigamento e prurido. Além de mordedura de língua, salivação, perda do paladar e impossibilidade de falar. Pode ocorrer por trauma a algum nervo, injeção de solução contaminada (principalmente por álcool), pela neurotoxicidade do anestésico. Hiperestesia (sensibilidade aumentada a estímulos nocivos) e disestesia (uma sensação dolorosa que acontece a estímulos usualmente não nocivos). Melhora deverá ocorrer espontaneamente de 1 a 2 meses.

A **alternativa A** está incorreta. Paralisia do nervo facial: bloqueio de nervo infraorbital ou quando se infiltram os caninos maxilares. Comumente é causada pela introdução de anestésico local na cápsula da glândula parótida, que se localiza no limite posterior do ramo mandibular, envolta pelos músculos pterigoideo medial e masseter.

A **alternativa B** está incorreta. Amaurose é a perda da visão que pode ser de forma parcial ou total. Os nervos que não são alvos na cabeça e no pescoço podem ser afetados pela deposição do anestésico local, como ocorre em uma amaurose transitória após bloqueio do nervo maxilar ou mandibular quando o nervo óptico é afetado.

A **alternativa D** está incorreta. Não é uma complicação que ocorre após administração do anestésico local.

A **alternativa E** está incorreta. A analgesia é o controle da dor. Não é uma complicação que ocorre após administração do anestésico local.



9- (IDECAN/FMS-Teresina/2024) Sinalize a base anestésica que apresenta rápido início de ação, entre 1-2 min, potência 1,5 vezes maior do que da lidocaína, baixa lipossolubilidade e a alta taxa de ligação proteica, além de ser metabolizada no fígado e no plasma sanguíneo.

- a) Bupivacaína
- b) Articaína
- c) Prilocaina
- d) Mepivacaína
- e) Benzocaína

Comentários:

A alternativa B está correta e é o gabarito da questão. Articaína – Rápido início de ação: 1-2 min Potência 1,5 vezes maior que a da lidocaína. Baixa lipossolubilidade e alta taxa de ligação proteica. Metabolizada no fígado e no plasma sanguíneo; Biotransformação começa no plasma, sua meia-vida plasmática é mais curta do que a dos demais anestésicos (40 min)- eliminação mais rápida pelos rins.

10-(IDECAN/FMS-Teresina/2024) Tradicionalmente tem-se classificado a prevenção das doenças em três níveis: primária, secundária e terciária. Assim, em relação à cárie dentária, assinale a alternativa que demonstra um nível de prevenção secundário.

- a) Redução do consumo de açúcar.
- b) Confeção de próteses.
- c) Fluoretação das águas.
- d) Realização de restaurações.
- e) Aplicação de selantes de fossas e fissuras.

Comentários:

A alternativa E está correta e é o gabarito da questão. A banca utiliza a classificação de Leske, confira abaixo:

Primária:	Secundária:	Terciária:
<ul style="list-style-type: none">•fluoretação da água ou da pasta de dente•redução do consumo de açúcar;	<ul style="list-style-type: none">• o diagnóstico precoce e a intervenção clínica pela aplicação profissional de flúor• limpeza profissional dos dentes• aplicação de selantes de fossas e fissuras	<ul style="list-style-type: none">•Restaurações•próteses•implantes



11-(IDECAN/FSM TERESINA/2024) Existem fatores que influenciam o desenvolvimento das doenças periodontais. Assinale a alternativa que indica corretamente um exemplo de fator predisponente das doenças periodontais.

- a) Tabagismo
- b) Cálculo dental
- c) Gravidez
- d) Puberdade
- e) Anovulatórios

Comentários: A letra B é o gabarito da questão. Lembrando que na nova classificação temos os fatores modificadores e os fatores predisponentes locais. O cálculo é o único local, todos os outros são sistêmicos.

12-(IDECAN/FSM TERESINA/2024) A Nova Classificação das Doenças Periodontais define a gengivite a partir do percentual de sangramento à sondagem. A gengivite localizada é definida com

- a) $\geq 30\%$ e $\leq 50\%$.
- b) $< 10\%$.
- c) $\geq 20\%$ e $\leq 30\%$.
- d) $\geq 10\%$ e $\leq 30\%$.
- e) $\geq 1\%$ e $\leq 10\%$

Comentários: O limite de $\geq 10\%$ é considerado como saúde periodontal. Além disso, o valor de $\leq 30\%$ é considerada localizada. Sendo assim, **gabarito letra D.**

Vamos revisar:



TIPO DE PERIODONTO	CONDIÇÃO	PERDA DE INSERÇÃO	PS	SS	PERDA ÓSSEA RADIOGRÁFICA
ÍNTEGRO	SAÚDE	ausente	≤ 3mm	< 10%	ausente
	GENGIVITE	ausente	≤ 3mm	≥ 10%	ausente
REDUZIDO (sem periodontite prévia)	SAÚDE	presente	≤ 3mm	< 10%	possível
	GENGIVITE	presente	≤ 3mm	≥ 10%	possível
REDUZIDO (periodontite tratada e estável)	SAÚDE	presente	≤ 4mm	< 10%	presente
	GENGIVITE	presente	≤ 4mm	≥ 10%	presente

13-(IDECAN/FSM TERESINA/2024) Chapel e colaboradores, na nova classificação das doenças Periodontais, definem os fatores de riscos locais como

- a) Fatores de risco globais.
- b) Fatores predisponentes.
- c) Fatores definidores.
- d) Fatores de risco sistêmicos.
- e) Fatores modificadores.

Comentários: Os fatores de risco locais são chamados de fatores predisponentes. **Gabarito letra B.**

14-(IDECAN/FSM TERESINA/2024) Em 2018, foi publicada a nova Classificação das doenças periodontais. Essa classificação atribui extensão, estágio e grau para o diagnóstico de periodontite. Indique a alternativa que cita corretamente um fator que é capaz de classificar o indivíduo como Grau C.

- a) Gravidez.
- b) Perda de mais de 5 dentes por periodontite.
- c) Fumar 8 cigarros por dia.
- d) Discrasias sanguíneas.
- e) Hemoglobina glicada = 7,5%.

Comentários: Os fatores associados e que podem alterar o grau são diabetes e tabagismo, lembrando que há valores para isso. **Gabarito letra E.**



Vamos revisar através da tabela abaixo. Lembre-se de verificar a taxa de hemoglobina glicada e o número de cigarros.

	Progressão	Grau A	Grau B	Grau C
Evidência direta	Perda óssea RX ou Perda de inserção	Nenhuma perda em 5 anos	< 2mm em 5 anos	≥ 2mm em 5 anos
Evidência Indireta	% Perda óssea/idade Fenótipo do caso	< 0.25 ↑biofilme ↓destruição	0.25 – 1.0 biofilme compatível com a destruição	> 1.0 ↑biofilme ↑destruição
Modificadores (fatores de risco)	Fumo Diabetes	Não fumante Não diabético	< 10 cigarros/dia HbA1c < 7.0%	≥ 10 cigarros/dia HbA1c ≥ 7.0%
Risco de impacto sistêmico na periodontite	Carga inflamatória	< 1 mg/L	1 – 3 mg/L	> 3 mg/L

15- (IDECAN/Prefeitura de Manhumirim - MG - Fisioterapeuta/2017) As medidas de prevenção secundária são métodos importantes de controle de várias endemias associadas às doenças infecciosas ou não. Entre essas medidas de controle tem-se:

- a) Reabilitação e tratamento.
- b) Vacinação e nutrição adequada.
- c) Saneamento básico e vacinação.
- d) Diagnóstico precoce e tratamento.

Comentários: Gabarito B

PREVENÇÃO PRIMÁRIA: antes do indivíduo adoecer, intervenções de caráter geral na vida ou no ambiente (alimentação saudável, higiene pessoal) ou específicas para um agente etiológico (ex: Vacina)

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA: indivíduo está doente, execução de diagnóstico e realização de tratamento/evitar de morte (ex:Diagnóstico precoce e tratamento)

PREVENÇÃO TERCIÁRIA: indivíduo se curou, mas ficou com sequelas (ex: Reabilitação)

16.(IDECAN - Prefeitura de Maracanaú - Agente Comunitário de Saúde – ACS - 2023) Sobre a epidemiologia, história natural e prevenção das doenças, três assuntos que estão intimamente



interligados e ajudam na compreensão de como as doenças ocorrem e como preveni-las, identifique a alternativa correta.

a) No nível de prevenção secundária de doenças são adotadas ações de manutenção à saúde, evitando a sua ocorrência.

b) A reabilitação da saúde tem por objetivo, identificar a doença (diagnóstico), limitar as lesões e evitar o aparecimento de complicações e sequelas.

c) Na fase pré-clínica de uma doença surgem os principais sinais e sintomas, mas ainda sem alterações importantes, como por exemplo dor na nuca em pacientes com hipertensão arterial.

d) A vacinação, cessação de tabagismo, uso de cinto de segurança, são exemplos de medidas de proteção específicas, ou seja, que evitam o surgimento de doenças ou agravos à saúde específicos.

Comentários: Estas são medidas específicas de prevenção que visam evitar o surgimento de doenças ou lesões específicas. **Gabarito D.**

Vamos corrigir as demais alternativas.

A alternativa A está errada. O nível de prevenção secundária foca no diagnóstico precoce e no tratamento imediato para evitar complicações e sequelas. Não é sobre a manutenção à saúde para evitar a ocorrência da doença, isso pertence à prevenção primária.

A alternativa B está errada. A reabilitação da saúde visa retornar a pessoa ao seu estado de saúde e função normais após já ter desenvolvido a doença ou lesão. Identificar a doença (diagnóstico) faz parte da prevenção secundária.

A alternativa C está errada. A fase pré-clínica é o período em que a doença já começou a se desenvolver no corpo, mas ainda não apresenta sintomas. É um período assintomático.

17-(IDECAN - 2024) Observe a imagem do terceiro molar impactado abaixo e assinale a alternativa que corresponde ao seu ângulo de impactação, à classificação de Pell e Gregory em relação ao ramo da mandíbula e profundidade dental, como também ao seu grau de dificuldade para exodontia.

a) Impactação horizontal. Com relação de ramo classe 2 e profundidade tipo B. Apresenta o tipo de impactação mais difícil de remover.

b) Impactação horizontal. Com relação de ramo classe 2 e profundidade tipo B. Apresenta moderada dificuldade de extração.

c) Impactação distoangular. Com relação de ramo classe 3 e profundidade tipo C. Apresenta o tipo de impactação mais difícil de remover.

d) Impactação horizontal. Com relação de ramo classe 2 e profundidade tipo B. Apresenta o tipo de impactação mais fácil de remover.



e) Impactação mesioangular. Com relação de ramo classe 1 e profundidade tipo A. Apresenta o tipo de impactação mais fácil de remover.

Comentários:

Impactação horizontal, conforme visto na foto.

Coroa parcialmente a frente do bordo anterior do ramo, então classe 2, com relação oclusal tipo B por se posicionar entre a oclusal e a cervical do segundo molar adjacente.

Gabarito letra D

18-(IDECAN - 2016) Os retalhos são muito utilizados em cirurgia oral, em procedimentos periodontais e endodônticos para obter acesso ao dente e às superfícies adjacentes. São características dos retalhos, EXCETO:

- a) São demarcados por incisões cirúrgicas.
- b) Podem ser recolocados na posição original.
- c) Não possuem seu próprio suprimento sanguíneo.
- d) Permitem acesso cirúrgico aos dentes subjacentes.

Comentários:

A letra C está incorreta. Um retalho apresenta seu próprio suprimento sanguíneo.

19- (IDECAN/ SESAP RN/ 2025) Durante um procedimento de anestesia local para a extração de um primeiro pré-molar superior, o cirurgião-dentista explica ao paciente quais áreas serão anestesiadas. Ele menciona que, além do dente em questão, a raiz mesiovestibular do primeiro molar superior também recebe inervação do mesmo nervo. Assinale a alternativa que indica corretamente o nome do nervo responsável pela inervação sensitiva das regiões citadas.

- (A) Nervo bucal.
- (B) Alveolar superior médio.
- (C) Alveolar superior posterior.
- (D) Alveolar superior anterior.
- (E) Nervo nasopalatino.

Comentários:



A letra B está correta e é o gabarito da questão.

O nervo alveolar superior médio (embora não esteja presente em todas as pessoas) é o nervo responsável pela inervação sensitiva da região dos pré-molares e da raiz mesiovestibular do primeiro molar superior. Quando a questão mencionar que o paciente não possui esse nervo ou que "a anestesia não teve sucesso", o nervo responsável será o alveolar superior anterior.

20- (IDECAN/SESAPRN/2025) Os corticoides são medicamentos utilizados na Odontologia em situações específicas. Assinale a alternativa que indica corretamente um medicamento dessa classe.

(A) Diclofenaco.

(B) Ibuprofeno.

(C) Paracetamol.

(D) Dipirona.

(E) Dexametasona.

Comentários:

A letra E está correta e é o gabarito da questão.

Dexametasona e Betametasona são corticosteroides bastante empregados na prática clínica odontológica.

A **alternativa A** está incorreta. Diclofenaco é AINE.

A **alternativa B** está incorreta. Ibuprofeno é AINE.

A **alternativa C** está incorreta. Paracetamol é analgésico.

A **alternativa D** está incorreta. Dipirona é analgésico.

21 - (IDECAN/SESAPRN/2025) Um paciente de 55 anos comparece ao consultório para reabilitação protética de um elemento que apresenta extensa destruição coronária após tratamento endodôntico. Para garantir a retenção adequada do núcleo intrarradicular, indique qual deve ser o comprimento ideal do pino a ser utilizado.

(A) Igual ou superior a 2/3 do comprimento radicular.

(B) Igual ou inferior a 1/3 do comprimento radicular.

(C) Com extensão máxima de 5mm para não danificar a raiz.



(D) Igual ao comprimento da raiz, até o ápice

(E) Apenas na região cervical, sem avançar para a porção radicular.

Comentários:

O comprimento do retentor intrarradicular deve ser de $2/3$ do remanescente dental total. Dessa forma, **a alternativa A é o gabarito da questão.**

A alternativa B está incorreta. O comprimento é de $2/3$ e não $1/3$.

A alternativa C está incorreta. O comprimento é de $2/3$ e não de 5mm. A justificativa de não danificar raiz está incorreta.

A alternativa D está incorreta. O comprimento não deve ser igual ao comprimento da raiz, até o ápice e sim de $2/3$.

A alternativa E está incorreta, pois o pino não deve estar restrito apenas na região cervical. O objetivo dos retentores intrarradiculares é justamente de buscar retenção no interior do conduto.

22- (IDECAN/PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA/2024) A classificação de Kennedy é um método de classificação para os arcos parcialmente edentados, que considera os aspectos anatomotopográficos dos arcos dentais parcialmente edentados, agrupando todas as possíveis combinações de ausências dentais em apenas quatro grandes grupos ou classes. Dessa maneira, assinale a alternativa que caracteriza corretamente a classe II de Kennedy.

a) Edentado posterior bilateral.

b) Edentado lateral, com dentes remanescentes posicionados anterior e posteriormente ao espaço protético.

c) Edentado posterior unilateral.

d) Edentado superior bilateral.

e) Edentado anterior, com o espaço edentado cruzando a linha média

Comentários:

Relembre a classificação de Kennedy:

- ✓ Classe I - edentado posterior bilateral
- ✓ Classe II - edentado posterior unilateral
- ✓ Classe III - edentado posterior intercalar
- ✓ Classe IV - edentado anterior intercalar



A classe II se refere ao edentado posterior unilateral, logo **o gabarito da questão é a alternativa C.**

A alternativa A está incorreta, pois o edentado posterior bilateral se refere a classe I de Kennedy.

A alternativa B está incorreta, pois o edentado lateral, com dentes remanescentes posicionados anterior e posteriormente ao espaço protético se refere a classe III de Kennedy.

A alternativa D está incorreta, pois o edentado superior bilateral seria classificado como classe I de Kennedy.

A alternativa E está incorreta, pois o edentado anterior, com o espaço edentado cruzando a linha média se refere a classe IV de Kennedy.

23- (IDECAN/PREFEITURA DE SANTA LUZIA/2020) Qual seria a indicação para remoção de pino intrarradicular?

- a) Pino curto
- b) Pino longo
- c) Pino sem folga na raiz
- d) Tratamento endodôntico satisfatório
- e) Coroa sem estética

Comentários:

Conforme vimos, uma indicação para a remoção de pinos intrarradiculares é o PINO CURTO. **Logo, o gabarito da questão é a alternativa A.**



GABARITO



QUESTÕES

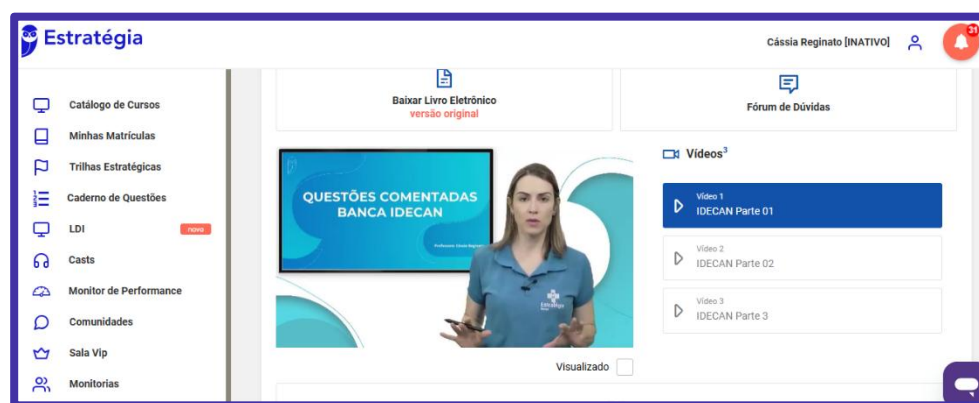
1.B	2.A	3.E	4.B	5.B	6.A
7.B	8.C	9.B	10.E	11.B	12.D
13.B	14.E	15.B	16.D	17.D	18.C
19.B	20.E	21.A	22.C	23.A	

Agora que você já conheceu um pouquinho do nosso material escrito, que tal assistir uma videoaula cheia de questões comentadas da banca?



As melhores ferramentas de estudo na palma da sua mão!

Quer ter acesso ao



*conteúdo completo do edital?
Então vem ser aluno coruja!!*



CONSIDERAÇÕES FINAIS

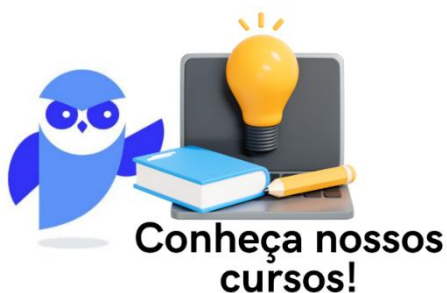
Gostou do nosso material? 😊

Ele é só um resumo do que você encontra nas nossas aulas!

O que você está passando, todas nós já passamos e vamos te ajudar ao longo dos próximos meses. Este material vai te mostrar um pouquinho do que você encontrará no nosso curso.

Acredite, **você não encontrará material mais completo que o nosso** e nenhum curso oferecerá tantas ferramentas para te ajudar ao longo da preparação.

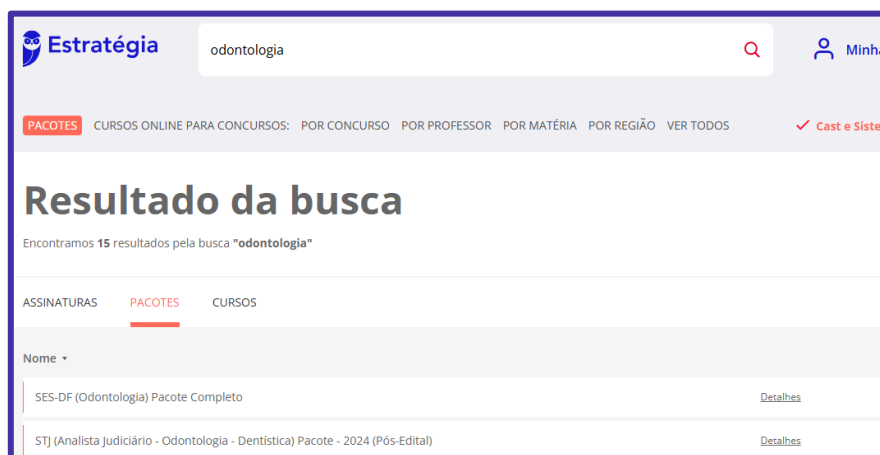
Se você ainda não é aluno coruja, te convido a conhecer os nossos cursos!



Basta acessar a página do Estratégia Concursos e realizar a busca na aba procurar pelo seu curso ou pacote do seu curso.

Veja os exemplos:

- 1) Você pode digitar apenas "odontologia" e aparecerão todos os nossos cursos;
- 2) Você pode digitar o nome do seu concurso (ex: TSE odontologia)
- 3) Ou você pode digitar o nome da sua prefeitura (aparecerão todos os cargos com cursos ativos).



CONHEÇA A EQUIPE DA ODONTOLOGIA



Professora Cássia Reginato - aprovada em 1º lugar na especialidade de Estomatologia e Patologia no concurso CSM-CD de 2016 (Marinha do Brasil);

Professora Larissa Oliveira - aprovada em 1º lugar na especialidade de Cirurgia Bucomaxilofacial no concurso EsFCEx de 2023 (Exército Brasileiro)

Professora Mirela Barreto - aprovada em 1º lugar na especialidade de Endodontia no concurso CSM-CD de 2017 da Marinha do Brasil

Professora Renata Barbosa - aprovada nas prefeituras Municipais de Alvorada (2022) e Cachoeirinha (2023) - RS.

Professora Stefania Possamai - aprovada em 1º lugar na especialidade de Periodontia no concurso CSM-CD de 2016 (Marinha do Brasil)

Siga nossas redes sociais, lá postamos dicas e avisos de gravações das videoaulas do seu curso!

Instagram das professoras:

@prof.cassia_odonto
@mirelasangoibarreto
@renatapsbarbosa
@prof.stefania_odonto
@prof.larissaoliveira_

Instagram do Estratégia saúde:

@estrategia.saude

Um abraço e até a próxima aula!



ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.



1 Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.



2 Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).



3 Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).



4 Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).



5 Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).



6 Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).



7 Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.



8 O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.