

## **Aula 00 - Prof. Renata**

*Prefeitura de Florianópolis-SC  
(Odontólogo) Conhecimentos Específicos  
- 2026 (Pós-Edital)*

Autor:

**Cássia Reginato, Equipe Thaysa  
Vianna, Juliana Sganzerla, Larissa  
Oliveira Ramos Silva, Ligia  
Carvalho Fernandes, Mirela  
Sangoi Barreto, Renata Pereira de  
Sousa Barbosa, Sônia Mota  
Dourado, Stefania Maria Bernardi**

30 de Janeiro de 2026

# Índice

1) Diagnóstico e plano de tratamento integrado .....	3
--	---



## EXAME, DIAGNÓSTICO E PLANO DE TRATAMENTO

Olá, **Coruja!**

Tudo bem? 😊

Este livro digital tem por objetivo fazer um enlace, **correlacionando diversas áreas da Odontologia**, no que tange os tópicos de: exame, diagnóstico e plano de tratamento multidisciplinar.

Fique atento: **este tópico vem sendo cada vez mais frequentes nos editais de Concursos de Odontologia.**

Por isso, elaboramos um material enxuto e direcionado, para que você consiga resolver o maior número de questões, marcando o "X" no lugar correto.

Aqui vai um recado muito importante: **o estudo deste tópico não deve ser feito de forma isolada. Ou seja, você precisa correlacionar os aprendizados aqui com o aprendizado adquirido em cada disciplina específica.**

Dito isto, vamos em frente e ...

Bons estudos!

*Equipe Odontologia.*



## EXAME DO PACIENTE



A realização de uma anamnese minuciosa é **parte fundamental do atendimento e, conseqüentemente, do plano de tratamento.** Por meio dela, o cirurgião-dentista define as condições de saúde do paciente e previne possíveis complicações transoperatórias e pós-operatórias.

### Exame do paciente

O exame clínico é dividido conforme o esquema abaixo:



O exame clínico bem realizado pode ser complementado pelos chamados exames subsidiários (complementares), jamais o inverso. O exame físico costuma ser simples, rápido e requer poucos materiais. Alguns autores afirmam que o exame físico "se segue" a anamnese e não é subordinado a ela.

Na aula de semiologia estudamos a fundo todos os detalhes da anamnese. Para a compreensão desta aula, apenas precisamos que você lembre a finalidade dos exames e a ordem que devem ser realizados.



## Anamnese

A anamnese deve obedecer à seguinte sequência cronológica:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE;	
QUEIXA PRINCIPAL/DURAÇÃO;	
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL;	
ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS;	
SITUAÇÃO FAMILIAR;	
ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS;	
HÁBITOS E VÍCIOS.	



Agora atenção para detalhes importantes (algumas assertivas já foram alternativas de questões da banca)

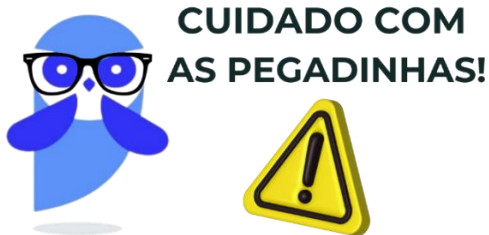
- É um processo ativo de busca por informações, em geral realizada na forma de entrevista;
- O ideal é que seja realizada de forma sistemática, ordenada para que todos os dados pertinentes sejam abordados;
- A identificação do paciente é a única parte da anamnese que pode ser preenchida pelo pessoal auxiliar.
- O preenchimento da **queixa principal do paciente**, que deve ser **transcrita com as próprias palavras do paciente** (pode aparecer que o estímulo iatrogênico -queixa principal - deve ser semiografado nas palavras do paciente). A queixa principal é o motivo que fez o paciente procurar atendimento, mas nem sempre coincide com o problema mais importante do paciente (ex: o paciente procurou o dentista para realizar uma "limpeza" e descobriu uma lesão potencialmente maligna).
- Possíveis **doenças em familiares do paciente** podem contribuir para compreender o contexto da **doença atual**.



**NA ANAMNESE, CLASSIFICAMOS O PACIENTE QUANTO AO RISCO ANESTÉSICO/CIRÚRGICO. QUESTÃO RECORRENTE NAS PROVAS DA BANCA, VEM REVISAR!**

<b>CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO DA ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE ANESTESIOLOGIA (ASA) ADAPTADA PARA CLÍNICA ODONTOLÓGICA</b>	
<b>ASA I</b>	Paciente <b>saudável</b> que não apresenta anormalidades.
<b>ASA II</b>	Paciente com <b>doença sistêmica moderada</b> ou de menor tolerância que o ASA I. Apresenta maior grau de ansiedade ou medo ao tratamento odontológico.
<b>ASA III</b>	Paciente portador de <b>doença sistêmica severa</b> , que limita suas atividades.
<b>ASA IV</b>	Paciente acometido por doença sistêmica severa que é <b>ameaçadora à vida</b> . Apresenta alterações sistêmicas importantes para o planejamento do tratamento odontológico.
<b>ASA V</b>	Paciente em <b>fase terminal</b> , quase sempre hospitalizado, cuja expectativa de vida não é maior do que 24h, com ou sem cirurgia planejada.
<b>ASA VI</b>	Paciente com <b>morte cerebral</b> declarada, cujos órgãos serão removidos com propósito de doação.
<b>TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO ASA</b>	
<b>ASA I</b>	<b>Risco mínimo</b> de complicações durante tratamento dentário.
<b>ASA II</b>	Risco mínimo de complicações durante o tratamento. Pode exigir certas <b>modificações</b> no plano de tratamento. Recomenda-se a troca de informações com o médico, protocolo de sedação mínima, redução da duração das consultas.
<b>ASA III</b>	Tratamento eletivo não está contraindicado, embora este paciente apresente um maior risco durante o procedimento.
<b>ASA IV</b>	<b>Procedimentos eletivos</b> devem ser <b>postergados</b> até que o paciente retorne à categoria ASA III. Urgências odontológicas, como dor e infecção, devem ser tratadas da maneira mais conservadora possível. Pulpectomia ou exodontia devem ser realizadas em ambiente hospitalar.
<b>ASA V</b>	<b>Procedimentos eletivos</b> estão <b>contraindicados</b> . Urgências odontológicas podem receber tratamento paliativo para alívio da dor.
<b>ASA VI</b>	<b>Não há indicação</b> para <b>tratamento</b> odontológico de qualquer espécie.





ASA II	ASA III
Primeiros dois trimestres de gestação;	Último trimestre de gestação
Diabético tipo II, controlado com dieta e/ou medicamentos;	Diabético tipo I (usuário de insulina), com doença controlada;
Obesidade moderada	Obesidade mórbida;
Asmático, que ocasionalmente usa broncodilatador em aerossol Portador de distúrbios convulsivos, controlados com medicação	Episódios frequentes de convulsão ou crise asmática
Paciente com história de infarto do miocárdio, ocorrido há mais de 6 meses, sem apresentar sintomas.	História de infarto do miocárdio, ocorrido há mais de 6 meses, mas ainda com sintomas (p. Ex., dor no peito ou falta de ar).
Hipertensão arterial controlada com medicação;	Hipertensão arterial na faixa de 160-194 a 95-99 mm Hg;

## ANAMNESE E ESPECIALIDADES:

### Anamnese do paciente ortodôntico

Como vimos, na **anamnese** deve ser avaliado o histórico de saúde do paciente. As provas gostam de questionar a relação do tratamento ortodôntico com algumas condições sistêmicas. Proffit et al. (2021) afirmam que problemas médicos crônicos em adultos ou crianças **não são contraindicações** para o tratamento ortodôntico, desde que o problema médico esteja **sob controle**.

Veja alguns exemplos que podem cair na prova:

#### A) **DIABETES:**

- Os pacientes diabéticos controlados podem realizar tratamento ortodôntico.
- Os pacientes diabéticos descompensados podem exigir maiores cuidados pois a doença periodontal pode ser acentuada pelas forças ortodônticas.



## B) MEDICAÇÕES CONTÍNUAS:

Pacientes com artrite ou osteoporose podem fazer uso de **bisfosfonatos** que inibem a movimentação ortodôntica e aumentam a chance de complicações durante o tratamento.

Além disso, existem diversas interações medicamentosas que são muito cobradas nas provas.

Dentre elas, destacamos o **uso concomitante de fármacos com a Varfarina, um anticoagulante.**

As medicações abaixo, potencializam o efeito da varfarina, trazendo **maior risco de hemorragia:**



## VARFARINA

### MEDICAMENTOS QUE PODEM POTENCIALIZAR SEUS EFEITOS

Analgésicos:

AAS, paracetamol

Anti-inflamatórios: AINES (em  
geral), corticosteroides

ATB: cefalosporinas, entromicina,  
azitromicina, metronidazol, tetraciclina,  
ciprofloxacina.

*Aumentar a RNI, com risco de hemorragia:*

## Exame geral, extraoral e intraoral

O exame do paciente não se limita à verificação de lesões da cavidade bucal. Tem início quando ele faz seu primeiro contato com o profissional. No **exame geral**, através da **ectoscopia ou avaliação global do paciente**, são observados parâmetros globais como sexo, estado geral de saúde, postura, deambulação, fâcies, alterações na pele e etc.

De acordo com Hupp et al (2021), são meios primários de avaliação (as chamadas manobras semiotécnicas que auxiliam no exame clínico):

INSPEÇÃO

PALPAÇÃO

PERCUSSÃO

AUSCULTAÇÃO

No exame clínico as estruturas devem ser **visualizadas e palpadas**, a fim de investigar alterações de contorno, textura, consistência, sensibilidade e coloração. Sabemos que o exame físico do paciente inclui a avaliação geral e regional do paciente. Dentro da avaliação regional realizamos os exames extraoral e intraoral.

No exame intraoral podemos avaliar a presença de cáries, doença periodontal, maloclusão, alterações em tecidos moles e presença de lesões potencialmente malignas.

PERIODONTO DE PROTEÇÃO



DENTES



OCLUSÃO

## Exame radiográfico

Como imagem inicial, a radiografia panorâmica é a mais utilizada, pois permite avaliação mais ampla das estruturas, o que auxilia na indicação de outros métodos radiográficos.

## INDICAÇÕES DO EXAME PERIAPICAL

- estudo das relações anatômicas entre dentição decídua e permanente, assim como a cronologia da erupção dentária;
- a presença de pequenas alterações coronárias, tais como os processos de cáries nas fases iniciais, cujo exame clínico não nos dá uma boa visão. A presença de cáries reincidentes, sob restaurações, também poderá ser detectada pelo exame radiográfico intrabucal, principalmente quando empregamos a técnica do Paralelismo;
- no tocante aos tecidos dentinários e pulpares, a presença de pequenas alterações estruturais (cáries), mineralizações, nódulos pulpares, reabsorções e forma da câmara pulpar e dos condutos radiculares também são motivo de exames, através das técnicas periapicais da Bisetriz e do Paralelismo;
- na manipulação dos condutos radiculares, o conhecimento da forma, do tamanho e do número das raízes dentárias é de grande valia, principalmente para o especialista em Endodontia;
- a existência de anomalias dentárias, reabsorções radiculares internas e externas, lesões patológicas periapicais, inclusões dentárias e patologias ósseas circunvizinhas ao órgão dentário, todos estes aspectos poderão ser examinados com o emprego do exame radiográfico intrabucal periapical.

## INDICAÇÕES DO EXAME INTERPROXIMAL

**Exame das faces interproximais dos dentes posteriores e da crista óssea alveolar** para **deteção de cáries** (inclusive cáries secundárias), **adaptações marginais de restaurações** (excessos ou faltas) e a **presença de lesões periodontais**, já apresentando comprometimento das estruturas ósseas, com destruição da crista óssea alveolar. Esse exame é **especialmente eficaz e útil para deteção de cálculo nas áreas interproximais**.

### Exame periodontal

Aqui vamos revisar os principais pontos relacionados ao exame periodontal.

## AVALIAÇÃO GENGIVAL



Os sinais clínicos da gengivite incluem **a mudança na cor e na textura do tecido mole gengival marginal e BoP (sangramento à sondagem)**.

O sintoma de “sangramento à sondagem” no fundo do sulco/bolsa gengival está associado à presença de infiltrado de células inflamatórias. A ocorrência de tal sangramento, **especialmente em avaliações repetidas**, é indicativo da **progressão da doença**.

Por outro lado, a **ausência de BoP** produz um alto valor prognóstico negativo (98,5%), sendo um importante indicador da estabilidade periodontal.



Uma pressão de sondagem de **0,25 N** deve ser aplicada quando avaliar o sangramento à sondagem.

## AVALIAÇÃO PERIODONTAL

## Profundidade de sondagem



A profundidade à sondagem, que é a distância da margem da gengiva ao fundo do sulco/bolsa gengival, é medida em milímetros, por meio de uma sonda periodontal milimetrada, com o **diâmetro da ponta padronizado em aproximadamente 0,4 a 0,5 mm.**

## nível de inserção à sondagem

O PAL pode ser avaliado em milímetros por meio de uma sonda milimetrada, e expresso como a **distância em milímetros da CEJ ao fundo da bolsa periodontal/gengival sondável.**



A **profundidade de bolsa à sondagem** (PPD) é definida como a distância que vai da margem gengival até o ponto em que a extremidade de uma sonda periodontal inserida na bolsa com força moderada encontra resistência.

O **nível de inserção clínica** (CAL), é definido como a distância que vai da junção cimento–esmalte (CEJ) até a posição em que a ponta da sonda encontra resistência.

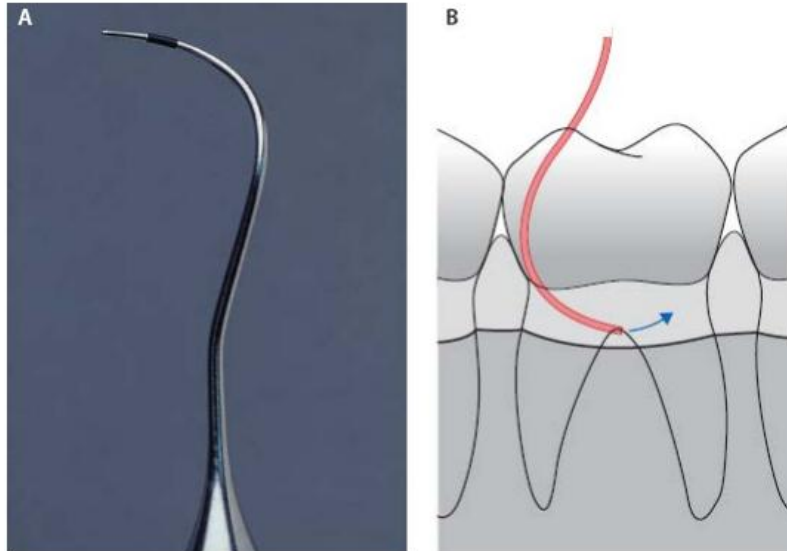
## perda óssea

A desagregação periodontal de um local específico compromete o prognóstico a longo prazo dos dentes pela produção de três tipos de defeitos:

- **supraósseos (ou horizontais);**
- **infraósseos (ou verticais); e**
- **inter-radiculares (ou de furca).**

## Envolvimento de furca

O **FI** é explorado com o uso de sonda periodontal curva com graduações de 3 mm (sonda de furca de Nabers).



Lindhe et al., 2018.

O FI é avaliado em todas as entradas de lesões periodontais possíveis dos dentes multirradiculares, ou seja, as entradas vestibulares e/ou linguais dos dentes molares inferiores.

Um ponto importante de ser comentado é que a avaliação gengival e periodontal apresenta diversos índices de mensuração, não esqueçam de revisar esses índices.

## Exame dentes

Um princípio básico é que os dentes estejam:



Veja através da tabela abaixo como podemos classificar, por exemplo, as lesões cariosas observadas no exame clínico.

CLASSIFICAÇÃO E PARÂMETROS DE DIAGNÓSTICO DAS LESÕES EM ESMALTE E DENTINA RELACIONADOS AO STATUS DE ATIVIDADE			
Parâmetros de diagnóstico	Classificação	Esmalte	Dentina
<b>Textura</b>	Hígido	Sup. lisa	Dura
	Lesão ativa	Sup. rugosa	Amolecida, coriácea, úmida
	Lesão inativa	Sup. lisa	Dura, seca
<b>Brilho</b>	Lesão ativa	Opaca	Opaca
	Lesão inativa	Brilhante	Brilhante
<b>Cor*</b>	Hígido	Translúcido	Amarelado
	Lesão ativa	Branca/Amarelada	Geralmente amarelo escuro/marrom claro
	Lesão inativa	Branca/Amarelada Marrom escurecido/preto	Geralmente marrom escurecido/preto

Outros assuntos que aparecem frequentemente nas provas são a **fluorose** e a **hipomineralização** molares-incisivos.

Que tal revisarmos de forma breve?

### 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.

CARACTERÍSTICAS	FLUOROSE (grau leve)	OPACIDADES
<b>DISTRIBUIÇÃO</b>	Simétrica	Raramente simétrica ou apenas poucos dentes afetados
<b>LOCALIZAÇÃO</b>	Mais visível nos 2/3 incisais ou oclusais, mais visível sobre todo dente após secagem	Terço médio ou incisal das superfícies vestibulares dos incisivos centrais
<b>CONFIGURAÇÃO</b>	Manchas opacas difusas horizontais seguindo a periquimata	Manchas arredondadas ou ovaladas
<b>VISIBILIDADE</b>	luz tangencial não muito perceptível	Luz perpendicular claramente diferenciada



<b>LIMITE</b>	O limite da lesão confunde-se com o esmalte adjacente	Limite claramente diferenciado do esmalte adjacente
<b>COR</b>	Levemente mais opaca que o esmalte normal	Usualmente pigmentada na época da erupção, frequentemente amarelo creme a laranja avermelhado
<b>HIPOPLASIA</b>	Nenhuma	Pode estar presente

### HMI:

A **hipomineralização de molares e incisivos (HMI)** é um **defeito de desenvolvimento dentário** que ocorre durante o **estágio de mineralização do esmalte**. De forma mais específica é um **defeito qualitativo**, ou seja, observam-se alterações no esmalte, cromáticas ou estruturais, com bordas claras e distintas do esmalte normal adjacente, presentes preferencialmente em **um ou nos quatro primeiros molares permanentes, geralmente associadas aos incisivos superiores**, com menor ocorrência nos incisivos inferiores.



Como resultado temos um esmalte com características mecânicas deficientes, de **consistência mais amolecida que se fratura facilmente sob as forças da mastigação** desde o momento em que os dentes surgem na cavidade oral, resultando em **hipersensibilidade dentinária, cárie dentária** e dificuldades no tratamento restaurador.

Clinicamente a HMI apresenta-se sob a forma de opacidades, com bordas claras e distintas do esmalte normal adjacente e coloração variando do branco ao amarelo-acastanhado. Na HMI as opacidades sempre serão demarcadas.

As manchas amarelas/acastanhadas são mais severas que as esbranquiçadas, além disso as lesões amarelas são mais porosas que as esbranquiçadas.

### Exame oclusão

Após o exame minucioso do periodonto e das estruturas dentais, deve ser examinada a inter-relação dos arcos dentários em movimento e também as relações estáticas.

Esse exame deverá englobar:



- Avaliação funcional das articulações temporomandibulares e dos músculos da mastigação
- Análise da oclusão (relação cêntrica, máxima intercuspidação, dimensão vertical de oclusão, dimensão vertical de repouso, guia anterior, guia canina).

Nesse momento também poderá ser avaliada a necessidade de ajuste oclusal por desgaste seletivo dos contatos prematuros aberrantes.

Na avaliação das ATMs, **todos os movimentos devem ser realizados até a máxima amplitude possível**, e o surgimento de dor ou de qualquer ruído deve ser anotado.

Os ruídos mais comumente ouvidos são os **cliques** e a **crepitação**. Um clique é um ruído único e de curta duração e está normalmente associado ao deslocamento de disco com redução. A crepitação é um ruído áspero e geralmente causado por alterações degenerativas nas superfícies articulares. A presença de ruídos na articulação nem sempre significa que há necessidade de tratamento.

A **abertura interincisivos média varia de 40 a 55 mm**. Podem-se identificar ruídos com o auxílio do posicionamento leve dos dedos ou de um estetoscópio sobre a parede lateral de cada ATM, enquanto o paciente faz abertura máxima mandibular.

A **musculatura mastigatória deve ser palpada** com o objetivo de identificar sensibilidade e dor muscular generalizada e detectar a presença de pontos-gatilho. Os músculos a serem palpados são: temporal, masseter, pterigóideos medial e lateral, supra-hióideos, infra-hióideos, digástrico, esternocleidomastóideo, trapézio e cervical posterior.

**Com isso, você deve saber o conceito de alguns pontos que serão avaliados nesse exame da oclusão.**

### 1) O que é a curva de Spee?

A curva de Spee é a curva anteroposterior do arco medida do último dente posterior aos incisivos, sendo sua maior profundidade na região de pré-molares.

### 2) Classificação da Oclusão de Angle

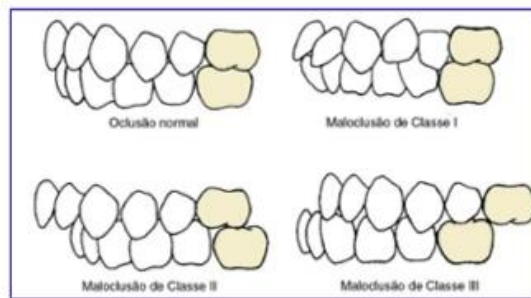
A oclusão normal pode ser definida como o "alinhamento dos dentes dentro de cada arcada, ao longo de uma linha de oclusão através da fossa central dos dentes superiores e ao longo das pontas das cúspides dos dentes inferiores."

Muitas questões abordam a classificação da oclusão de Angle, vamos revisar?

Em sua classificação, Angle descreveu como deveria ser a "**Chave de oclusão**". Nela o primeiro molar superior sempre estaria na posição correta (ele é o parâmetro para comparação).

De acordo com Angle, existem quatro classes: a oclusão normal e as maloclusões Classe I, II e III.





Fonte: Proffit et al, 2013

A oclusão normal e a maloclusão de Classe I partilham da mesma relação molar, mas se diferem no posicionamento dos dentes relativos à linha de oclusão. A linha de oclusão pode ou não estar correta na Classe II e Classe III.

A **classe I**, também chamada de **neutroclusão**, apresenta correlação normal dos molares, mas com a linha de oclusão incorreta por causa dos dentes mal posicionados, rotações ou outras causas.

Nesta relação a **cúspide mesiovestibular do primeiro molar permanente superior oclui no sulco mesiovestibular do primeiro molar permanente inferior**.

Na **classe II (distoclusão)**, a mandíbula encontra-se distal à maxila, estando o **sulco mesiovestibular do primeiro molar permanente inferior posterior à cúspide mesiovestibular do primeiro molar permanente superior**.

O molar inferior está posicionado distalmente em relação ao molar superior, linha de oclusão não especificada.

De acordo com o posicionamento dos incisivos classifica-se em Classe II divisão 1 ou 2.

**DIVISÃO 1:** incisivos superiores em labioversão

**DIVISÃO 2:** incisivos centrais superiores normais ou em linguoversão e os incisivos laterais superiores em labioversão

**SUBDIVISÕES:** distoclusão apenas de um lado (a maloclusão pode estar apenas no lado direito ou esquerdo)

Na **classe III (mesioclusão)** a mandíbula encontra-se mesial à maxila; **o sulco mesiovestibular do primeiro molar permanente inferior articula anteriormente à cúspide mesiovestibular do primeiro molar permanente superior**.

De acordo com Proffit et al., o molar inferior está posicionado mesialmente em relação ao molar superior, linha de oclusão não especificada.

## Exame endodôntico

O **exame objetivo** é constituído por vários exames: **inspeção bucal e facial, palpação dos tecidos bucais e da face, palpação da região apical (que pode produzir resposta dolorosa pelo tato e alterações patológicas**, como edema periapical, aumento de volume endurecido, perda de continuidade na integridade do osso), **percussão vertical e horizontal**.

A **percussão** deve ser realizada inicialmente com o indicador. Após, se a manobra for negativa, deve-se lançar mão do cabo de espelho percutindo na coroa do paciente.



A percussão vertical tem sido associada à inflamação de origem endodôntica; enquanto a dor relacionada com percussão horizontal está associada a problemas periodontais.

É importante mencionarmos também o exame de **fistulografia**, que consiste **na introdução de um cone de guta percha medium, delicadamente através do trajeto fistuloso, desde a sua saída (parúlide), até onde se encontra resistência**. Após, realiza-se um exame de Raio X. Esse exame é útil para lesões periapicais que envolvem mais de um dente, **quando não se consegue identificar a qual dente está relacionada**.

Quanto aos **exames complementares** que podem ser de grande valia em endodontia, destacamos o **exame radiográfico**, hematológico, provas bioquímicas do sangue e biópsia. O exame radiográfico é o mais utilizado, especialmente radiografias periapicais e bite-wing.

Atualmente, a **tomografia computadorizada de feixe cônico (ou tomografia cone beam)** assume um papel importante na determinação do diagnóstico. Não se preocupe, falaremos detalhadamente sobre aula na aula sobre aspectos radiográficos.

Podemos lançar mão da **exploração cirúrgica**, sendo o **último recurso em situações obscuras**, com paciente informado de uma tentativa de esclarecimento. É especialmente útil nos casos de fraturas verticais não visualizadas radiograficamente.



Por fim, iremos abordar os **testes clínicos pulpares**, que classicamente são conhecidos como “testes de vitalidade pulpar”. No entanto, a nomenclatura mais adequada seria “**testes de sensibilidade pulpar**”. Estes testes incluem testes térmicos (ao frio e ao calor), teste elétrico, testes de anestesia seletiva, teste de cavidade e transiluminação.

É importante ressaltar, por exemplo, que **um resultado negativo com a estimulação ao frio não significa exatamente que a polpa esteja necrosada**. Esses testes não podem ser utilizados como único método para diagnóstico. São **testes auxiliares**, que utilizados isoladamente não são capazes de determinar com 100% de precisão o estágio da polpa.



Iniciaremos com o **teste pelo frio**:

Ele é realizado pelo profissional com o uso de **gelo ou neve carbônica (gelo seco), gases refrigerantes (butano, diclorodifluormetano, tetrafluoretano, ou ainda uma mistura de butano e propano)**.

O **teste térmico a frio é muito útil para pacientes com coroa de porcelana ou coroa metalocerâmica**, onde nenhuma superfície natural do dente está acessível. A mecha de algodão deve ser grande, aplicada no terço médio-vestibular do dente ou coroa.

Quanto à **técnica de aplicação** do frio, sabe-se que primeiramente deve ser realizado isolamento do dente (relativo ou absoluto). Após, procede-se a **aplicação do gás sobre o cotonete ou pelota de algodão apreendida com a pinça**. Fique atento: o tempo de aplicação não deve exceder 5 segundos e em caso de necessidade de repetição do teste, deve-se **aguardar pelo menos 5 minutos** para nova realização.

Já o **teste pelo calor**, é realizado através da água morna, aquecimento da superfície com taça de borracha ou através de um bastão de guta-percha aquecida (mais usado). Quanto à técnica, sabe-se que devemos primeiramente realizar o isolamento do dente, aplicação de gel isolante na superfície dentária, aquecimento e plastificação do bastão na lamparina, aplicação no bastão na superfície do dente enquanto ainda estiver brilhosa.

O **teste da anestesia seletiva** é bastante útil **na detecção de dor difusa ou reflexa, quando o paciente não consegue determinar precisamente qual o dente responsável pela dor**. Para tal, deve-se anestésiar o dente suspeito no sulco distal, intraligamentar; ou anestésiar o arco maxilar, no dente mais posterior. Ele é um teste útil para diagnosticar a qual arcada se refere a dor.

O **teste de cavidade** é considerado **invasivo, pois envolve desgaste dentinário**. É realizado sem anestesia, com uso de broca de alta rotação. Inicia-se a abertura coronária e persistindo a resposta negativa, deve-se avançar até que a trepanação seja atingida. É o **último recurso!**



O teste elétrico é um teste **bastante útil, mas envolve um custo maior**. Quanto à técnica, deve-se primeiramente apresentar ao paciente, evitando assustá-lo; proceder isolamento relativo ou absoluto, para que o dente esteja seco. Se o isolamento for relativo, devemos interpor pedaços de lençol de borracha, para isolar dos dentes vizinhos. A ponteira do eletrodo do aparelho deve ser untada com creme de concentração salina (creme dental, por exemplo). Nos dentes anteriores, deve ser realizado na superfície incisal e nos posteriores, na vestibular.

Quanto à **resposta** esperada em dentes com **polpa normal**, observa-se **resposta discreta, suave e bastante suportável de formigamento**. Respostas **positivas** serão consideradas normais dentro de uma escala fornecida pelo fabricante. **Anormalidades** poderão ocorrer com estímulo abaixo do esperado (polpa hiperativa) ou acima (polpa hipoativa), ou ainda negativo nos casos de necrose. Quando removido o eletrodo, deve ser anotado o valor numérico (padrão).



O teste ao frio possui uma precisão de 86%, o teste pulpar elétrico 81% e o teste ao calor 71%. Com isso, podemos concluir que o teste ao frio é considerado o teste mais confiável.

## DIAGNÓSTICO

Através do "conhecimento" (informações fornecidas pelo paciente) podemos chegar ao diagnóstico de determinada condição. A palavra "diagnóstico", de origem grega, tem como prefixo "dia" que significa "por meio de" somada ao termo "gignósko" que significa "conhecimento".

**Indícios diagnósticos:** dados clínicos que, sozinhos, não definem nem estabelecem uma doença, podendo apenas sugeri-la ou indicar uma trajetória clínica a ser seguida. Exemplo: presença de úlcera sem qualquer característica específica de uma determinada doença.

**Entidade diagnóstica:** o diagnóstico de uma certa doença é determinado a partir de dados clínicos característicos. Exemplo: cárie dentária, cujo diagnóstico é eminentemente clínico

**Critério de diagnóstico:** Quando os dados clínicos são insuficientes para montar as hipóteses de diagnóstico, ou ainda não há hipóteses, em função da pobreza por escassez de



sintomatologia, tornam-se necessários procedimentos clínicos que auxiliem a formação do diagnóstico provisório.

De forma resumida: são as manobras realizadas frente a algumas lesões como a raspagem uma lesão branca ou a vitropressão em manchas com suspeita de etiologia vascular.

Falamos sobre o diagnóstico, mas você sabia que existem vários "tipos de diagnóstico"?



## EXEMPLIFICANDO

### Conheça os tipos de diagnósticos existentes:

**Diagnóstico clínico:** é um somatório de dados colhidos na anamnese e no exame clínico;

**Diagnóstico terapêutico:** obtido pela resposta ao tratamento.

**Diagnóstico diferencial:** realizado através da comparação das similaridades e diferenças entre as patologias em questão;

**Diagnóstico patológico:** obtido através da análise patológica;

**Diagnóstico definitivo:** é aquele em que observamos a presença de um sinal patognomônico (característica de uma patologia que a define) e pode ser confirmado pelos exames complementares (como o histopatológico);

**Diagnóstico provisório:** é o mais comum, a partir da suspeita (diagnóstico inicial) o dentista procede a investigação para elucidação; tem como base para sua elaboração a evolução clínica e o quadro clínico (sinais e sintomas). O diagnóstico provisório é composto única e exclusivamente com os recursos clínicos, necessita de confirmação segura e objetiva, através de exames complementares.

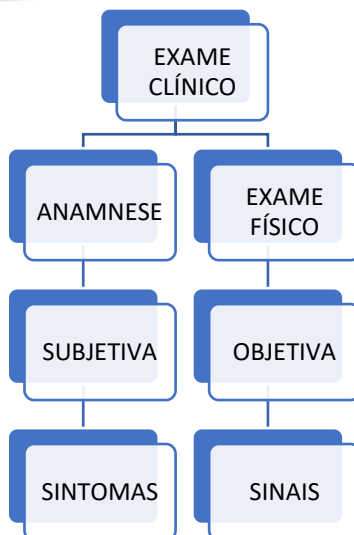
**Diagnóstico dedutivo:** é feito com base em deduções (dados obtidos na anamnese e exame);

**Diagnóstico por exclusão:** realizado através da exclusão de outras condições;

**Diagnóstico induzido:** indução de uma condição para estabelecer um diagnóstico (utilizado para investigar reações a drogas ou alergias).

O diagnóstico pode ser feito através do exame clínico, que compreende a anamnese, o exame físico e exames complementares (ex: biópsia para confirmar o diagnóstico).





Você perceberá que, dependendo da bibliografia, algumas questões atribuem o mesmo significado para exame clínico e físico, no entanto, o correto seria exame clínico algo mais geral que compreende a anamnese + exame físico; e o exame físico a parte do exame das estruturas (extraoral e intraoral).

### Diagnóstico endodôntico

Primeiramente, você precisa saber se **a patologia em questão é de origem endodôntica ou periodontal.**

Digo isto, pois as questões vão tentar confundir você, perguntando, por exemplo, se o caso se trata de um abscesso periodontal ou um abscesso dentoalveolar agudo.





## TESTE DE SENSIBILIDADE PULPAR: POSITIVO OU NEGATIVO?

Se o dente apresentar um **teste de sensibilidade positivo**, possivelmente, **o abscesso será de origem periodontal**, já que o abscesso periapical (Dentoalveolar) de origem endodôntica está relacionado à necrose pulpar (não apresentaria resposta positiva).

Uma vez que o dente apresentar **resposta negativa**, possivelmente, o **abscesso será de origem endodôntica**.

Fique calmo, pois a seguir iremos entender melhor as patologias pulpares e perirradiculares.

Vamos lá:

### Pulpite reversível

Refere-se a uma leve alteração inflamatória da polpa, em que **a reparação tecidual advém uma vez que a causa seja removida**. **Antigamente, também era chamada de pulpite hiper-reativa**. Não se trata de uma alteração grave da polpa dentária. Porém, se os irritantes persistem ou aumentarem, a inflamação se intensifica, podendo levar à pulpite irreversível.

**Características histopatológicas:** uma lesão cáriosa profunda que ainda não tenha causado exposição é encontrada e os vasos sanguíneos tornam-se dilatados, apresentando **hiperemia**. Pode ser acompanhada de infiltrado de leve a moderado de células inflamatórias.

**Diagnóstico - Sinais e sintomas:** geralmente é assintomática, contudo, em determinadas situações pode **acusar dor aguda, rápida, localizada e fugaz**, em resposta a estímulos que normalmente não evocam dor. A dor ao frio é a queixa mais comum. A dor oriunda da estimulação **das fibras A $\delta$**  é resultado da hidrodinâmica do fluido dentinário, sendo aguda rápida e fugaz, passando rapidamente após a remoção do estímulo. Prostaglandina e Serotonina diminuem o limiar das fibras A $\delta$ . Não há dor espontânea nesta fase do processo inflamatório.

**Inspeção:** Restauração ou lesão de cárie extensa, não apresentando exposição pulpar.

**Testes pulpares:** Calor: pode ser aplicado por meio de bastão de guta percha aquecido (76°C) ou pela fricção de uma taça de borracha. Frio: bastões de gelo, neve carbônica ou gelo seco, ou spray refrigerante, como o tetrafluoretano ou diclorodifluormetano, evoca dor aguda, rápida, localizada, que

20



passa logo ou poucos segundos após a remoção. A dentina é normalmente mais sensível ao frio do que ao calor → **Movimento dos fluidos nos túbulos dentinários**. Cavidade: brocas, sonda exploradora ou colher de dentina evoca dor, indicando a presença de vitalidade pulpar. **Os testes térmicos ao frio e elétrico são mais confiáveis que ao calor**. Palpação e Percussão: negativo. Achados radiográficos: lesões cariosas, próximo à câmara pulpar ou restaurações extensas.

**Tratamento: remoção da cárie ou da restauração, aplicação de curativo à base de OZE**. Sete dias após, pelo menos, deve ser realizada uma reavaliação e se possível restaurar definitivamente.

### Pulpite irreversível

A polpa exposta ocasiona uma área de contato direto com os microrganismos da cárie. Pela sua característica anatômica, a polpa sofre **alterações irreversíveis**, caracterizada por **inflamação severa**. Nessa patologia, a remoção de irritantes não é suficiente para reverter o quadro, que **invariavelmente progride para necrose**.

**Características Histopatológicas:** há a presença de neutrófilos Polimorfonucleares (PMN), liberação de enzimas proteolíticas e radicais oxigenados por estas células inflamatórias, promovendo destruição tecidual, na maioria das vezes caracterizada por micro abscessos.



**Diagnóstico - Sinais e sintomas:** Elevação significativa da pressão hidrostática tecidual, podendo exceder o limiar de excitabilidade das **fibras amielínicas do tipo C**. Provocando **dor pulsátil, excruciante, lenta, lancinante e espontânea**. Em estágios mais avançados, o fluxo sanguíneo reduzido faz com que as fibras A $\delta$  parem de responder, degenerando-se. O calor exacerba a dor e o frio alivia, graças a seu efeito vasoconstrictor e anestésico.



Apesar de Lopes e Siqueira afirmarem em seu livro que a dor em casos de pulpite irreversível é considerada **exceção e não regra**, as questões das bancas examinadoras costumam trazer a associação com a dor estando presente.

As questões costumam relatar a evolução clínica do paciente, com histórico de uso de analgésico sem sucesso, elevado nível de dor principalmente quando o paciente se encontra em decúbito dorsal (deitado).





Em dentes jovens, a inflamação crônica da polpa pode resultar na formação de um **pólipo**, condição conhecida como **pulpite hiperplásica**. É uma **forma de pulpite irreversível, caracterizada pela proliferação de um tecido granulomatoso que se projeta a partir da câmara pulpar**. Esse tecido torna-se epiteliado, proveniente das células epiteliais descamadas da mucosa oral.

**Diagnóstico - Sinais e sintomas:** a maioria dos pacientes não se queixa de dor, por isso a dor é considerada exceção e não regra. Poucos pacientes relatam episódio de dor prévia. Quando presente, em estágios intermediários, pode ser provocada, aguda e localizada e persiste por um longo período após remoção do estímulo. Pacientes relatam o **uso prévio de analgésico**. Nos casos mais avançados, a dor relatada pode ser pulsátil, excruciante, lancinante, contínua e espontânea. E nesses casos, o emprego de um analgésico comum, pelo paciente, geralmente não apresenta eficácia para debelar os sintomas.

**Inspeção:** a exposição pulpar na grande maioria das vezes é observada tanto por cárie quanto após a remoção de uma restauração infiltrada. Porém, não é condição determinante para se estabelecer o diagnóstico de pulpite irreversível. Em outros casos, mesmo que não se observe a inflamação pulpar, mas o paciente relate dor lancinante, espontânea, pulsátil e contínua, há fortes indícios que existe uma condição irreversível.

**Testes pulpares:** Frio: Nos estágios iniciais, pode haver resposta positiva. Entretanto, nos estágios mais avançados, geralmente, não há resposta positiva em virtude da perda de atividade por hipóxia e degeneração das fibras A $\delta$ . Elétrico: Em geral, responde apenas com altas correntes. Cavidade: Resposta geralmente é positiva. Testes perirradiculares: Percussão: Geralmente negativo, contudo, podem apresentar alodinia mecânica em alguns pacientes. Palpação: Negativa. Achados radiográficos: Lesões cáries e/ou restaurações extensas, geralmente sugerindo exposição pulpar. O espaço do Ligamento Periodontal encontra-se normal ou, algumas vezes, ligeiramente espessado.

**Tratamento:** remoção do tecido pulpar total, ou parcial (tratamento conservador da polpa).



*O tratamento endodôntico na fase "sem dor", deve ser realizado na fase de **reequilíbrio bucal**.*

*Se fosse um tratamento endodôntico "com dor", seria na fase de **Emergência**.*

## Necrose pulpar

A necrose pulpar é caracterizada pelo somatório das alterações morfológicas que acompanham a **morte celular em um tecido**. Dependendo da sua causa, ela pode ser classificada como necrose de liquefação, necrose de coagulação, necrose gangrenosa.



A **necrose de liquefação** ocorre em **áreas de infecção bacteriana**, sendo o resultado de enzimas hidrolíticas de origem bacteriana e/ou endógena (neutrófilos), que causam destruição tecidual.

Já a **necrose de coagulação** geralmente é observada em **lesões traumáticas**, com interrupção do suprimento sanguíneo pulpar, pelo **rompimento do feixe vasculonervoso**. A isquemia tecidual resulta em extensa desnaturação proteica.

Por fim, a **necrose gangrenosa** ocorre no tecido que previamente sofreu necrose de coagulação, sendo num primeiro momento asséptica e posteriormente se torna infectada. Ela é o **resultado da coexistência entre a necrose de coagulação mais a necrose de liquefação**.

**Diagnóstico:** geralmente é assintomático, possível episódio prévio de dor. A dor está presente nos casos de periodontite apical aguda ou abscesso perirradicular agudo. **Inspeção:** Cáries e/ou restaurações extensas. Nos casos traumáticos pode haver coroa hígida ou escurecida.

**Testes pulpares:** Calor: na maioria não evoca dor, podendo em raras ocasiões acusar sensibilidade, em virtude das fibras C, por serem mais resistentes à hipóxia tecidual (falso positivo). Frio: negativo, sendo um dos testes mais confiáveis. Cavidade: Negativo. Testes Perirradiculares: Percussão e palpação podem ser positivos ou negativos, dependendo do status dos tecidos perirradiculares. Achados radiográficos: lesão de cárie, presença de coroa fraturada e/ou restaurações extensas. Já o Espaço do Ligamento Periodontal pode estar normal, espessado ou uma lesão perirradicular pode estar presente.

**Tratamento:** Remoção de todo tecido cariado, e possivelmente infectado, medicação intracanal e obturação do sistema de canais radiculares.

## Diagnóstico perirradicular

### Abcesso perirradicular agudo



Também denominado **abcesso dentoalveolar agudo**.

Em resposta à agressão, células inflamatórias - principalmente neutrófilos PMN e macrófagos - são atraídas para o local. Há exacerbação dessa agressão, caracterizada por **inflamação purulenta**.

Bactérias altamente virulentas liberam enzimas proteolíticas que associadas a enzimas lisossomais e radicais oxigenados, descarregados por neutrófilos resultando numa liquefação tecidual (pus). Não dura mais de 72 a 96 horas e a sua disseminação para espaços anatômicos da cabeça e pescoço pode provocar quadros clínicos graves, inclusive com risco de vida.

**Características Histopatológicas:** **reação intensa, localizada, adjacente ao forame apical, caracterizado pela presença de exsudato purulento**. As células inflamatórias (principalmente neutrófilos) encontram-se em combate franco contra bactérias, em estado de degeneração ou já deterioradas. As fibras periodontais são dilaceradas pelo edema.

**Diagnóstico:** **dor espontânea, pulsátil**. Localizada. Pode ou não haver **comprometimento sistêmico** (linfadenite, febre e mal-estar). A dor é pronunciada quando ainda intraósseo. Um dramático alívio da dor ocorre após a ruptura do periósteo pelo exsudato. Inspeção: tumefação intra e/ou extraoral, flutuante ou não (estágio da evolução). Início apenas no LP, sem tumefação. Em alguns casos pode apresentar mobilidade e ligeira extrusão dentária.

O abcesso pode ser classificado conforme o seu **estágio de evolução** em abcesso estágio inicial, em evolução, evoluído.

No **abcesso em estágio inicial**, **não há tumefação e a dor pode ser excruciante**. O paciente relata dor intensa, localizada, dor à palpação, percussão e **mobilidade dentária**. O acúmulo de exsudato no espaço do ligamento periodontal promove a compressão da lâmina dura, o que acarreta extrusão dentária, compressão das fibras nervosas, além dos mediadores inflamatórios, o que intensifica a dor. O paciente pode apresentar febre e debilidade.

Seu **diagnóstico clínico pode ser confundido com periodontite apical aguda, mas só é confirmado quando há a drenagem de exsudato purulento pelo canal após a abertura coronária**. Ao exame radiográfico, pode não haver alterações ou pode apresentar alguma reabsorção a nível periapical. Depois que houver o acesso do canal e a drenagem acontecer, esperar de 15 a 30 minutos até que o exsudato se esvaia. Deve ser realizada instrumentação do canal e medicação intracanal com pasta à base de hidróxido de cálcio.

Já no **abcesso em evolução**, a dor é semelhante ao em estágio inicial, mas agora, há **tumefação consistente, não flutuante**. A dor é bastante pronunciada quando o abscesso já se localiza no espaço subperiosteal, por causa da rica inervação do periosteio. Quanto há a ruptura do periosteio, o paciente sente um dramático alívio da dor.

Deve-se fazer o **acesso coronário e instrumentar o dente**. Se a tumefação for intraoral, recomenda-se fazer a incisão da mucosa, mesmo se não houver a flutuação. Se houver a tumefação extraoral, não se recomenda fazer a incisão, prescrevendo a aplicação de calor intraoral (bochechos com solução aquecida) e frio externamente sobre a área de tumefação. Isso visa estimular a exteriorização intraoral do abscesso, o que vai facilitar o procedimento de incisão e drenagem em consulta posterior. Se não houver drenagem de pus pelo canal, pode-se ampliar ligeiramente o forame apical até uma lima manual #25, usando movimentos de alargamento ou de rotação alternada.

O último estágio trata-se do **abcesso evoluído**. As suas características são semelhantes aos quadros de abscesso anteriores, porém agora a **tumefação possui ponto de flutuação**. Deve-se fazer a anestesia, **incisão da área flutuante, fazer o isolamento absoluto, acesso coronário com drenagem de pus pelo canal radicular, instrumentação radicular e medicação intracanal**. Se a incisão for extraoral, deve-se colocar um dreno, se for intraoral, não é necessário o dreno. Prescrever bochechos com solução aquecida e analgésico/anti-inflamatório.

Vou facilitar a sua vida, lá vai um mapinha mental para você fixar:

(Lopes e Siqueira, Cohen)

**ABCESSO**

INICIAL	EM EVOLUÇÃO	EVOLUÍDO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• não há tumefação</li> <li>• drenagem via oral</li> <li>• tratamento completo:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ PQM</li> <li>◦ MIC</li> <li>◦ analgésico</li> <li>◦ AII</li> </ul> </li> <li>• trefinação (Cohen): na ausência de edema, perfuração cirúrgica da cortical alveolar para liberar exsudato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tumefação consistente</li> <li>• tratamento:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ tumefação intraoral:                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ incisão</li> </ul> </li> <li>◦ tumefação extraoral:                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ não incisar</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• calor intraoral + frio externo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tumefação flutuante</li> <li>• incisão intra/extraoral:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ extraoral: dreno</li> <li>◦ intraoral: sem dreno</li> </ul> </li> <li>• tratamento: PQM + MIC</li> <li>• prescrição:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ analgésico + AII</li> <li>◦ antibiótico (??)</li> </ul> </li> </ul>

@mirelasangoibarreto

Quanto aos **testes pulpares** em casos de abscesso, sua **resposta é negativa**. Em raras ocasiões o calor e elétrico podem acusar positivamente, por isso testes de cavidade e frio são mais seguros. Testes perirradiculares: percussão positiva (extrema cautela) e palpação geralmente positiva. Achados radiográficos: se o abscesso tiver sido causado por uma reagudização de um granuloma ou cisto preexistente, observa-se a presença se destruição óssea perirradicular (radiolucidez). Se for uma



extensão direta da necrose, apenas um espessamento do Espaço do Ligamento Periodontal apical. Clinicamente, pode ser observada destruição da coroa, restauração extensa e profunda.

### Periodontite apical crônica (assintomática)

Trata-se da **cronificação da periodontite apical aguda**. Células como linfócitos, plasmócitos e macrófagos estão presentes nessa patologia, representando o início de uma resposta imunológica adaptativa, de caráter específico. Quando não tratada, pode evoluir para um granuloma.

Classificada histopatologicamente como **periodontite apical crônica inicial, granuloma periapical e cisto periapical**, de acordo com os estágios da evolução da lesão.

**Clinicamente, são indistinguíveis e somente podemos afirmar que se trata de uma dessas patologias através do exame histopatológico.**

### Periodontite apical inicial

**Características Histopatológicas:** Infiltrado inflamatório do tipo crônico, linfócitos, plasmócitos, macrófagos e fibroblastos, fibras nervosas e vasos sanguíneos neoformados, bem como áreas de reabsorção óssea. Caso não seja tratada pode evoluir para formar um granuloma.

**Diagnóstico:** sinais e sintomas ausentes. Em sua inspeção, pode apresentar cárie profunda ou restauração extensa associada ou não à cárie recidivante. Testes pulpares: negativos. Testes perirradiculares de percussão e palpação também negativos. Achados radiográficos: Espaço do ligamento periodontal normal ou espessado.

**Tratamento:** eliminação do agente agressor, através do tratamento endodôntico.

### Granuloma periapical

É a **patologia perirradicular** mais comumente encontrada.



**Atenção!** As questões das bancas examinadoras tentarão confundir com os casos de abscesso dentoalveolar agudo. O caso de **infecção extrarradicular** mais comumente encontrado é o abscesso perirradicular agudo, mas a patologia é o granuloma.

**Histopatologia:** infiltrado inflamatório crônico. Na periferia cápsula composta basicamente de fibras colágenas. Macrófagos predominam, seguido pelos linfócitos, plasmócitos e neutrófilos, mas os corpúsculos de Russel também podem ser encontrados. O osso reabsorvido é substituído por tecido granulomatoso. O granuloma pode apresentar uma proliferação epitelial: resposta inflamatória sobre

a Bainha Epitelial de Hertwig, fator de crescimento epidermal (macrófagos ativados), componentes bacterianos (LPS).

**Diagnóstico:** sinais e sintomas são geralmente assintomáticos. Em sua inspeção, pode apresentar cárie e/ou restauração extensa, dente escurecido. Testes pulpares: negativo. Testes perirradiculares: percussão e palpação negativas, apresentando em raras ocasiões ligeira sensibilidade. Achados Radiográficos: é o principal elemento de diagnóstico. Para o granuloma representa uma área radiolúcida associada ao ápice radicular ou lateralmente à raiz, com perda da integridade da lâmina dura.

**Tratamento:** tratamento endodôntico convencional.

### Cisto periapical

Sempre se **origina de um granuloma que se tornou epiteliado**, embora nem todo granuloma necessariamente progrida para um cisto.

**Características Histopatológicas:** cavidade patológica que contém fluido ou semissólido, composto principalmente por células epiteliais degeneradas. Esta loja é revestida por epitélio estratificado pavimentoso, escamoso, de espessura variável.



Pode ser um **cisto “verdadeiro”** (sem contato com o forame) ou um **cisto “em bolsa”** (ou “baía”, quando está imediatamente contíguo ao canal). Em contato com o epitélio, há um **tecido granulomatoso**. Eventualmente, **crístais de colesterol** podem ser encontrados em seu interior. Mais externamente, encontra-se uma cápsula de tecido conjuntivo denso, composto basicamente de colágeno, que separa a lesão do osso. A razão mais provável e aceita é a sua formação através do sistema imune.

**Diagnóstico:** similar ao do granuloma. Radiograficamente também é similar ao granuloma, sendo entidades diferenciadas clinicamente por meio de outros testes, tais como eletroforese do fluido da lesão, tomográfica computadorizada e ultrassonografia em tempo real (ecografia).

**Tratamento:** endodôntico convencional e, nos casos de insucesso, a indicação é de cirurgia perirradicular.



*Atenção! Para se certificar de que a questão trata de um cisto ou granuloma, é sempre necessário realizar exame histopatológico. Somente pelas características clínicas ou radiográficas não é possível determinar a qual patologia se refere.*

### Abcesso perirradicular crônico (periodontite apical supurativa)

Essa patologia resulta do regresso gradual de irritantes do canal radicular para os tecidos perirradiculares, com consequente **formação de exsudato purulento no interior de um granuloma. Também pode se originar da cronificação do abscesso perirradicular agudo.**

**Características Histopatológicas:** zonas de necrose de liquefação, contendo neutrófilos PMNs desintegrados, circundadas por macrófagos e neutrófilos.

Diagnóstico - geralmente assintomático, com drenagem intermitente ou contínua por meio de **fístula**, intra ou extraoral. Inspeção: presença de cárie e/ou restauração extensa. Uma fístula, ativa ou não, sendo seu trajeto rastreável por meio do cone de guta-percha e radiografia periapical. Testes pulpares e perirradiculares negativos. Achados radiográficos: apresenta área de destruição óssea perirradicular assim como granuloma e cisto.



*Preste atenção! As questões sobre o assunto costumam relatar um caso clínico e, no decorrer da questão, será apresentado o fato da presença da fístula! Esse é um sinal patognomônico (que define) dessa doença.*

**Tratamento:** endodôntico convencional, utilizando da remissão da fístula (7-30 dias) após medicação intracanal como medida de eficácia de eliminação do agente infeccioso antes de obturar.

### Osteíte condensante (Osteomielite Esclerosante Focal)

Refere-se a uma resposta inflamatória subclínica, de **intensidade muito baixa e longa duração**, que pode levar a um aumento na densidade óssea. Para tal, deve existir uma causa para a alteração pulpar, pois é de origem endodôntica.

**Características Histopatológicas:** apresenta moderado infiltrado inflamatório nos espaços medulares. Sinais e sintomas: clinicamente assintomático ou apresenta leve sintomatologia pulpar. Radiograficamente apresenta densidade óssea e **radiopacidade aumentada** na região apical, com acentuação das trabéculas ósseas.

**Tratamento:** endodôntico convencional.

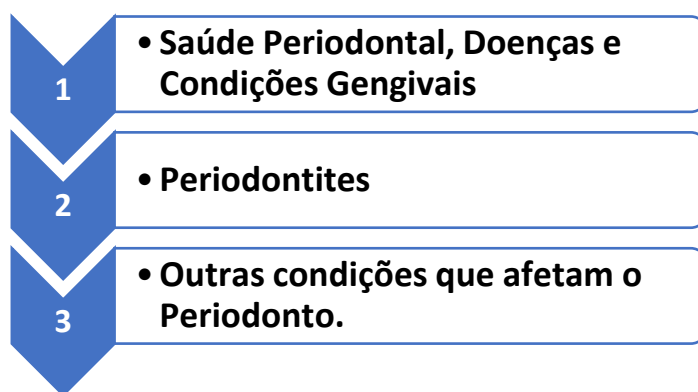
Se o dente envolvido se apresentar hígido ou com polpa normal, o diagnóstico é osteopetrose focal ou osteosclerose periapical e não necessita de tratamento endodôntico.

## Diagnóstico periodontal

Assunto muito importante e muito cobrado é o diagnóstico das doenças periodontais. Faremos um breve resumo sobre o tema em virtude da relevância do assunto.

### Classificação das doenças e condições periodontais

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

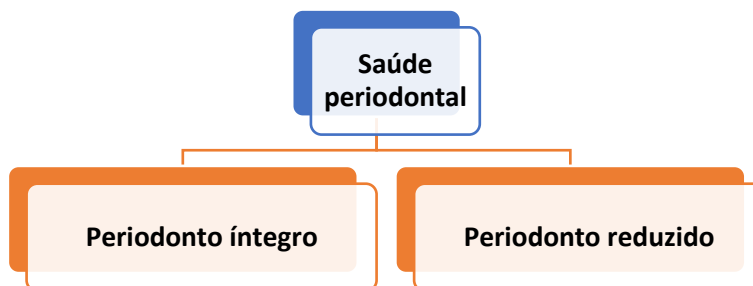


### Saúde periodontal

A **saúde periodontal** é definida pela ausência de inflamação clinicamente detectável.

De acordo com a presença ou ausência de perda de inserção clínica é definida como **saúde clínica em um periodonto íntegro e saúde clínica em um periodonto reduzido**.

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



## Saúde clínica em um periodonto íntegro

### Características clínicas

- Ausência de sangramento à sondagem
- Ausência de eritema e edema
- Ausência de perda óssea e de inserção
- Níveis ósseos fisiológicos variam de 1 a 3mm apical à JCE.

## Saúde clínica gengival em um periodonto reduzido

Ocorrem naqueles indivíduos que **possuem história de periodontite, porém foram submetidos à terapia periodontal e obtiveram sucesso** ou naqueles que apresentam perda de inserção **não decorrente da periodontite**, como por exemplo devido à recessão gengival ou que foram submetidos a procedimentos de aumento de coroa clínica.

Essa distinção ocorre pois o risco de progressão da doença é diferente.

### Características clínicas:

- **Ausência de sangramento à sondagem;**
- **Ausência de eritema e edema; e**
- **presença de perda óssea e inserção clínica reduzida.**

A nova classificação ainda propõe três níveis de saúde periodontal, dependendo do estado do periodonto (íntegro ou reduzido) e dos resultados relativos ao tratamento da periodontite, são eles:

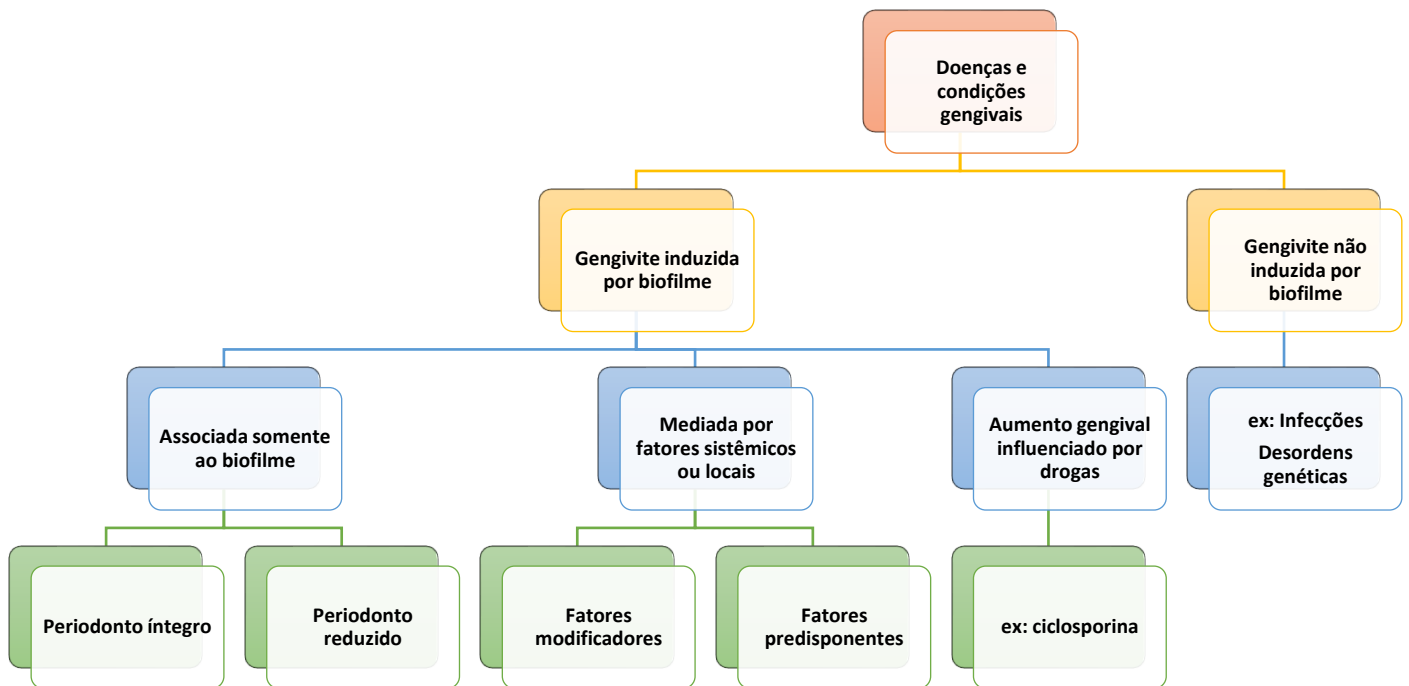
1. Saúde periodontal bem mantida em um periodonto íntegro;
2. Estabilidade da doença periodontal em pacientes com periodonto reduzido; e
3. Remissão/controlado da doença periodontal em periodonto reduzido.

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



## Doenças e condições gengivais



### Gengivite induzida por biofilme

#### ➤ Gengivite associada somente ao biofilme

A principal modificação com relação a classificação de 1999, foi a definição da gengivite induzida pelo biofilme associada somente ao biofilme em um periodonto íntegro e reduzido:

#### • Gengivite em um periodonto íntegro

- Sítios com profundidade de sondagem  $\leq 3$  mm
- 10% ou mais de sítios com sangramento à sondagem
- Ausência de perda de inserção e de perda óssea radiográfica.

#### • Gengivite em um periodonto reduzido

##### i. Paciente com periodontite tratada e estável

História de tratamento de periodontite, perda de inserção, sítios com PS  $\leq 4$  mm, 10% ou mais dos sítios com sangramento à sondagem e perda óssea radiográfica.



# ACORDE!

Em se tratando de um paciente com periodontite, deve-se utilizar o termo “**inflamação gengival**” ao invés de “gengivite” pois, um caso definido como periodontite não pode também receber a denominação de gengivite.

ii. **Paciente sem periodontite prévia** (a perda de inserção não ocorreu por inflamação e sim por recessão gengival, aumento de coroa clínica, por ex.)

Profundidade de sondagem  $\leq 3$  mm, 10% ou mais dos sítios com sangramento à sondagem, perda de inserção e possível perda óssea radiográfica.

- **Mediada por fatores sistêmicos ou locais**

Fatores de risco sistêmicos (**fatores modificadores**): **fumo, hiperglicemia, medicamentos, hormônios, condições hematológicas.**

Fatores de risco locais (**fatores predisponentes**): **fatores de retenção de biofilme, xerostomia.**

- **Aumento gengival influenciado por drogas**

Ex: Ciclosporina.



Na nova classificação, a gengivite pode ser classificada em localizada, generalizada ou incipiente.

A **gengivite localizada** é definida pela inflamação que acomete entre 10 e 30% dos dentes.

A **gengivite generalizada** acomete 30% ou mais dos dentes.

O termo “**gengivite incipiente**”, foi introduzido e é definido da seguinte maneira: apenas poucos sítios são afetados por inflamação leve, a qual é expressa como leve vermelhidão e sangramento e/ou uma linha de sangramento lento e interrompida, em vez de edema e linha ininterrupta de sangramento à sondagem. Essa condição pode ser considerada como parte do espectro de **saúde clínica**, porém, caso não seja tratada, pode rapidamente se tornar gengivite localizada.

## Doenças gengivais não induzidas por biofilme

As doenças gengivais não induzidas por biofilme incluem uma ampla variedade de condições não influenciadas por biofilme. Sendo assim, geralmente, não regredem após o controle do biofilme:

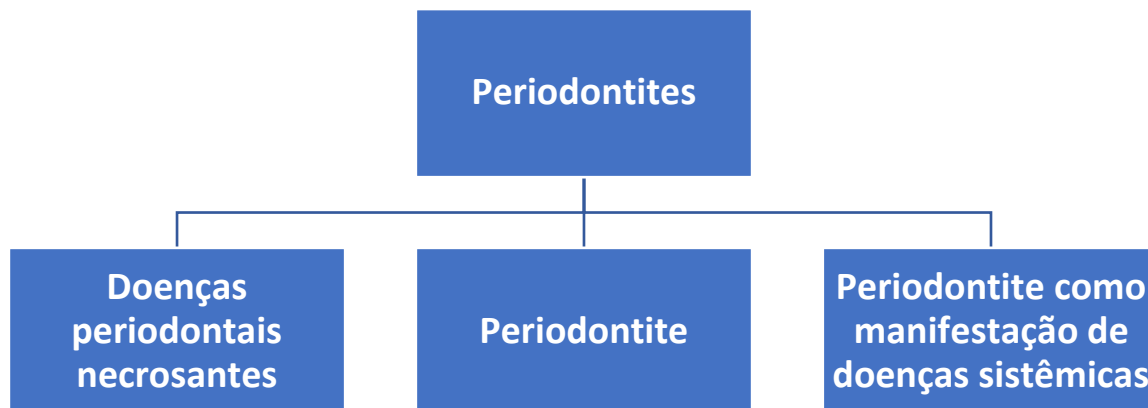
<b>Desordens genéticas/desenvolvimento</b>	•Fibromatose gengival hereditária
<b>Infecções específicas</b>	•Bacteruana •Viral •Fúngica
<b>Condições imunológicas e inflamatórias</b>	Reações de hipersensibilidade Doenças autoimunes (pênfigo vulgar, penfigóide, líquen plano, lúpus eritematoso) Condições inflamatórias granulomatosas
<b>Processos reacionais</b>	•Epúlides, epúlide fibrosa, granuloma fibrobástico calcificante, epúlide vascular, granuloma periférico de células gigantes
<b>Neoplasias</b>	•Pré-maligna: leucoplasia  •Maligna: carcinoma de células escamosas, leucemia, linfoma
<b>Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais</b>	•Deficiência de vitamina C
<b>Lesões traumáticas</b>	Físico (ceratose friccional, ulceração gengival induzida pela escovação) Químico (queimadura química) Térmico (queimadura)
<b>Pigmentação gengival</b>	•Melanoplasia, tatuagem por amálgama, melanose do tabagista, pigmentação induzida por medicamentos.

## Periodontites



A principal alteração da nova classificação com relação às periodontites diz respeito **a não diferenciação** da periodontite crônica e agressiva, ou seja, as duas categorias foram agrupadas em uma única categoria denominada periodontite.

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.

## Doenças periodontais necrosantes

As doenças periodontais necrosantes apresentam três características típicas:

- Dor;
- Sangramento; e
- Necrose das papilas.

### Doenças periodontais necrosantes em pacientes comprometidos crônica e gravemente

Pode acometer **adultos e crianças**

Fatores predisponentes

- HIV/ AIDS com contagens de CD4<200 e carga viral detectável
- Outras condições imunossupressoras
- Infecções virais severas

Podem ser denominadas: gengivite necrosante, periodontite necrosante, estomatite necrosante e noma.

## Doenças periodontais necrosantes em pacientes comprometidos temporária e moderadamente

Fatores predisponentes:

- Estresse, nutrição, fumo, hábitos;
- Doença necrosante prévia
- Fatores locais
- Fatores locais: proximidade radicular

Denominações:

- Na presença de gengivite - **Gengivite necrosante**
- Na presença de periodontite- **Periodontite necrosante**

## Periodontite

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.



De acordo com a nova classificação, a periodontite deve ser classificada com base nos **estágios**, definidos pela gravidade da doença e complexidade do manejo clínico, e nos **graus** definidos pelas características biológicas da doença, que incluem evidência ou risco de progressão, resposta antecipada ao tratamento e risco potencial de impacto sistêmico.

## Estágios da periodontite

são categorizados de I a IV e levam em consideração a **gravidade** (principalmente relacionada à perda de inserção) e a **complexidade do manejo** (sondagem clínica, defeitos verticais, comprometimento de furca, hiper mobilidade dentária, distunção mastigatória). Os estágios da periodontite devem ser definidos **primariamente pela PIC e em sua ausência, utiliza-se a perda óssea radiográfica**.

Na presença de "fatores de complexidade (p. ex., lesões de furca ou mobilidade avançada), **o estágio é alterado de acordo com o pior cenário encontrado**.

Em pacientes tratados com sucesso, a PIC e a perda óssea radiográfica deverão ser usadas como determinantes do estágio da periodontite.

É importante salientar que mesmo que fatores de complexidade possam ser eliminados durante o tratamento, **o estágio não deve ser alterado para um mais baixo**.

O fator de complexidade inicial deve ser considerado durante a fase de manutenção periodontal. A única exceção compreende casos tratados com sucesso através de tratamento regenerativo.

Os estágios devem ainda ser classificados quanto à extensão, como: **localizada** (até 30% dos dentes afetados), **generalizada** (30% dos dentes ou mais) **ou padrão molar/incisivo**.

Abaixo a tabela que sedimenta os estágios da periodontite:

		ESTÁGIO I	ESTÁGIO II	ESTÁGIO III	ESTÁGIO IV
<b>Severidade</b>	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
<b>Complexidade</b>	Local (sítio)	PCS ≤ 4 mm • Perda óssea Horizontal	PCS ≤ 5 mm • Perda óssea Horizontal	PCS ≥ 6 mm • Perda óssea Vertical ≥ 3mm • Furca	Complexidade do estágio III + Necessidade de reabilitações



				Classe II ou III	complexas
<b>Extensão e distribuição</b>	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.			

## Grau de periodontite

O grau de periodontite (A-C) é definido, de acordo com a taxa de progressão ou risco de progressão futura, em três categorias: **progressão lenta, moderada e rápida**.

A análise de fatores de risco é usada como um modificador.

O grau reflete as **evidências, ou o risco, de progressão da doença e seus efeitos na saúde sistêmica**.

Inicialmente, todo paciente com periodontite deve ser considerado como **grau B** e, assim, modificar esse grau (para A ou C), de acordo com evidências diretas ou indiretas de progressão.

Após a determinação da graduação da periodontite por meio da evidência de progressão, o grau pode ser modificado pela presença de **fatores de risco (tabagismo e DM)**.



Você deve estar se perguntando, mas e aí? Como fica a periodontite agressiva na nova classificação?

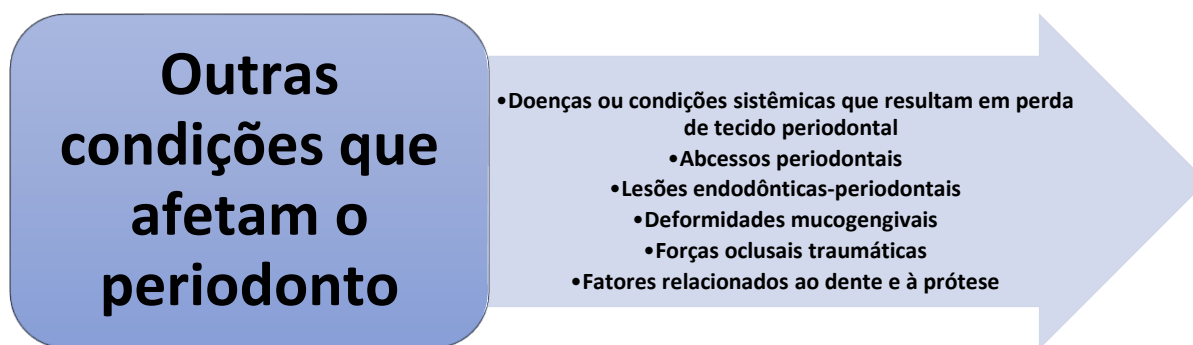
Evidências atuais não suportam a distinção entre periodontite crônica e agressiva como doenças separadas. Sendo assim, a periodontite é agora **enquadrada no grupo das periodontites estágios 3 ou 4, grau C- padrão incisivo-molar**.

Abaixo a tabela de graus da periodontite

	<b>Progressão</b>	<b>Grau A</b>	<b>Grau B</b>	<b>Grau C</b>
<b>Evidência direta</b>	Perda óssea RX ou Perda de inserção	Nenhuma perda em 5 anos	< 2mm em 5 anos	≥ 2mm em 5 anos
<b>Evidência Indireta</b>	% Perda	< 0.25	≥ 0.25 – 1.0	> 1.0



	óssea/idade			
	Fenótipo do caso	↑biofilme ↓destruição	biofilme compatível com a destruição	↑biofilme ↑destruição
<b>Modificadores (fatores de risco)</b>	Fumo	Não fumante	< 10 cigarros/dia	≥ 10 cigarros/dia
	Diabetes	Não diabético	HbA1c < 7.0%	HbA1c ≥ 7.0%
<b>Risco de impacto sistêmico na periodontite</b>	Carga inflamatória	< 1 mg/L	1 – 3 mg/L	> 3 mg/L



**Doenças ou condições sistêmicas que resultam em perda de tecido periodontal (independente da periodontite)**

**Neoplasias:** Carcinoma oral de células escamosas, tumores odontogênicos e neoplasias secundárias metastáticas dos tecidos periodontais.

**Outras desordens que podem afetar os tecidos periodontais:** granulomatose com poliangite, histiocitose de células de Langerhans, granuloma de células gigantes, hiperparatireoidismo, escleroderma e síndrome de Gorham-Stout.

**Abcessos periodontais**

**Em paciente com periodontite:** exacerbação aguda, após o tratamento

**Em paciente sem periodontite:** impactação, fatores ortodônticos, alterações anatômicas, iatrogênicas, reabsorção externa, aumento gengival.

**Lesões endodônticas-periodontais**

- Com dano radicular: fratura radicular, perfuração do canal radicular ou do assoalho pulpar e reabsorção radicular externa



- Em paciente com periodontite: grau 1, grau 2 e grau 3
- Em paciente sem periodontite: grau 1, grau 2 e grau 3



**Grau 1:** bolsa periodontal estreita e profunda em uma superfície radicular  
**Grau 2:** bolsa periodontal larga e profunda em uma superfície radicular  
**Grau 3:** bolsa periodontal larga e profunda em duas ou mais superfícies radiculares

## Deformidades mucogengivais

### • Na presença de retrações gengivais

Classificação

**Tipo 1:** sem perda de inserção interproximal, JCE não visível na mesial ou na distal  
**Tipo 2:** perda de inserção interproximal menor ou igual à perda de inserção vestibular  
**Tipo 3:** perda de inserção interproximal maior do que a perda de inserção vestibular

Degrau:

- **Classe +:** presença de degrau cervical >0,5mm
- **Classe -:** ausência de degrau cervical >0,5mm

### • Na ausência de retração gengival

Fenótipo gengival **fino**

**Faixa estreita/ausência** de mucosa queratinizada

## Forças oclusais traumáticas

- **Trauma oclusal primário:** Dano que resulta em mudanças teciduais de forças oclusais traumáticas aplicadas ao **dente com suporte periodontal normal** (mobilidade adaptativa e não progressiva)
- **Trauma oclusal secundário:** Dano que resulta em mudanças teciduais de forças normais ou oclusais traumáticas aplicadas ao **dente com suporte periodontal reduzido**. Dentes com mobilidade progressiva podem apresentar migração e dor em função, além de requerer esplintagem.
- **Forças ortodônticas** não controladas podem afetar negativamente o periodonto e resultar em reabsorção radicular, desordens pulpare, retração gengival e perda óssea alveolar.



## Fatores relacionados ao dente e à prótese:

**Fatores locais relacionados ao dente:** anatomia, fraturas radiculares, reabsorção cervical, proximidade radicular, erupção passiva altera.

**Fatores locais relacionados à prótese dental:** Margens de restaurações posicionadas no espaço dos tecidos aderidos supraósseos levam à inflamação e perda de tecidos de suporte, procedimentos clínicos relacionados à confecção de restaurações indiretas, reações de hipersensibilidade/ toxicidade aos materiais odontológicos: níquel, paládio, cobre, titânio.

### Diagnóstico Lesões Não cariosas cervicais

A **Tribologia é a ciência que estuda os processos fundamentais e os mecanismos responsáveis pelo desgaste de superfícies**. As Lesões não cariosas são caracterizadas pela perda de estrutura na região cervical do dente, sem envolvimento bacteriano.

**O desgaste dental patológico é um grau de desgaste inaceitável para uma determinada idade.** O conhecimento de cada etiologia que atue na formação multifatorial do desgaste dental é essencial. (Baratieri, 2015)

Pessoal, aqui veremos de forma esquematizada um resumo do que encontramos no livro de patologia de Neville et al (2016):

PERDA DE ESTRUTURA DENTÁRIA PÓS-DESENVOLVIMENTO		
TIPO	Conceito e observações	Característica clínica
<b>ATRIÇÃO</b>	<p>Perda de estrutura dentária causada pelo contato entre os dentes durante a oclusão e mastigação.</p> <p>Um certo grau é fisiológico e aumenta com a idade.</p> <p>Pode ser acelerada por: contatos prematuros, abrasivos intraorais, esmalte de qualidade inferior (fluorose, dentinogênese imperfeita, hipoplasia hereditária do esmalte)</p>	<p><b>Superfícies mais acometidas:</b></p> <p>=&gt; oclusais e incisais</p> <p>=&gt; palatinas anteriores</p> <p>=&gt; vestibulares anteriores e inferiores</p> <p>Pode ocorrer perda interproximal que causa encurtamento do arco</p>
<b>ABRASÃO</b>	<p>Perda de patológica de estrutura dentária ou restauração pela ação mecânica de um agente externo.</p> <p><b>Causa mais comum:</b> escovação (abrasivos)</p> <p>Outras causas: colocar objetos dentre os</p>	<p>Apresenta padrões distintos e varia conforme a causa.</p> <p><b>Exemplos:</b></p> <p>1) A abrasão por escovação dentária apresenta se, caracteristicamente, como fendas cervicais horizontais na superfície</p>



	<p>dentes (lápiz, palito de dentes, cachimbo, grampos de cabelo), mascar tabaco, usar incorretamente o fio dental ou palito (interproximais).</p> <p style="text-align: center;">Fique atento ao termo <b>demastigação</b>: desgaste acelerado por mascar substâncias <b>abrasivas entre os dentes antagonistas</b></p>	<p>vestibular expondo dentina e cimento.</p> <p>2) Cortar linha, usar cachimbo e abrir grampos para cabelo comumente produzem entalhes com formas arredondadas ou em V nas superfícies incisais dos dentes anteriores.</p>
<p><b>EROSÃO</b></p>	<p>Perda de estrutura causada por um processo químico não bacteriano (ácidos provenientes da alimentação, meio ambiente, bebidas - sucos de frutas ácidas, bebidas esportivas, refrigerantes - entre outros).</p> <p>Neville et al (2016), afirmam que embora seja normalmente fruto da ação de ácido, os agentes quelantes são a causa primária.</p> <p style="text-align: center;">Fique atento ao termo <b>perimólise</b>: erosão cuja causa é a <b>secreção gástrica</b></p>	<p>As áreas mais afetadas são as NÃO protegidas pela secreção serosa das glândulas parótidas e submandibulares.</p> <p>=&gt; Dentes superiores: vestibulares (formato de colher rasa na porção cervical da coroa) e palatinas</p> <p>=&gt; Dentes posteriores inferiores: oclusais</p> <p>Aparência clássica: lesão com depressão côncava central na dentina cercada por borda elevada de esmalte.</p> <p>Bordas das restaurações metálicas podem estar acima do nível da estrutura dentária.</p>
<p><b>ABFRAÇÃO</b></p>	<p>Perda de estrutura dentária devido a um estresse oclusal, que por flexão repetida provoca falha no esmalte e na dentina distante do ponto de pressão.</p>	<p>Defeitos em forma de cunhas limitadas à região cervical dos dentes e pode se assemelhar à abrasão cervical ou à erosão.</p> <p><b>Dicas para o diagnóstico:</b> defeitos profundos, estreitos, e em forma de V (o que não permite o contato da escova dentária com a base do defeito) e, geralmente, acometimento de um único dente, não atingindo os dentes adjacentes.</p> <p>As lesões por abfração são mais frequentes nas <b>superfícies vestibulares dos pré-molares e molares</b></p>





O aspecto clínico pode variar de pequenas depressões a grandes lesões no formato de "V" ou "U", caracterizadas por perda uniforme de tecido duro, predominantemente na superfície vestibular.

A classificação normalmente utilizada é baseada na geometria do fundo, isto é, em ângulo acentuado ("V") ou em curvatura ("U").

As possíveis combinações dos mecanismos de desgaste dental são:



Vocês sabiam que é extremamente importante o diário alimentar nas consultas para identificar fontes de ácidos? A corrosão dental, também conhecida como erosão dental, é a perda progressiva de tecido dental devido a processos químicos que não envolvem ação bacteriana. É uma doença **"silenciosa", multifatorial, altamente influenciada por hábitos pessoais e estilos de vida.** O resultado de exposição contínua a agentes ácidos promove mudança nas propriedades físicas dos tecidos dentais. É reconhecido que a desmineralização por corrosão resulta em redução significativa da microdureza, tornando a superfície dental mais suscetível ao colapso devido a impactos mecânicos.



**ACORDE!**



### CUIDADO ALUNO!

Embora sejam **resultado da dissolução mineral em baixo pH**, as lesões de cárie e erosão são tão distintas que é possível separar essas duas doenças em processos quase que **antagônicos**. Por exemplo, enquanto a cárie só ocorre na presença de biofilme dental, a erosão só ocorre na sua ausência.

Em termos físico-químicos, a grande diferença entre os dois processos é que a **lesão de cárie, subsuperficial**, se forma em uma condição de subsaturação em relação ao mineral dental, porém desde que essa subsaturação não seja tão grande e permita manter a superfície sem cavidade. Já a **lesão de erosão dental é superficial**; a perda mineral ocorre de forma muito rápida, pois o grau de subsaturação do meio em relação ao mineral é muito maior do que para a cárie.



## Lesões cariosas X Lesões não cariosas



perda de estrutura dentinária

cavidades de classe V (lesões cervicais)



ORIGEM  
MICROBIANA

ETIOLOGIA

MULTIFATORIAL SEM  
ENVOLVIMENTO BACTERIANO

pH crítico + sacarose,  
desequilíbrio processo DES-RE

Dieta (ph baixo), tensões  
occlusais e processos abrasivos

há necessidade de preparo  
cavitário e proteção CDP

não é necessário preparo nem  
proteção CDP



### CORROSÃO EXTRÍNSECA

- Resultado da ação de ácidos exógenos (dieta) sendo a maioria dos alimentos com pH abaixo do crítico para a desmineralização do esmalte dental.

### CORROSÃO INTRÍNSECA

- Resultado da ação do ácido endógeno (gástrico) recorrente de vômitos frequentes, regurgitação ou refluxo.
- São visíveis também em desordens alimentares de origem psicossomática, alcoólatras, possuidores de desordens gastrintestinais, hérnia de hiato, úlceras pépticas e duodenais e refluxo gastresofágico.

### IDIOPÁTICA

- sem origem conhecida.

O contato do ácido com o esmalte promove a degradação de seu conteúdo mineral a partir de uma camada que se estende alguns micrômetros abaixo da superfície, processo chamado em inglês de softening.

Na perimólise, dentes superiores e inferiores são afetados de modos diferentes.

#### arco superior

- as superfícies palatinas e oclusais de todos os dentes são mais afetadas que as superfícies vestibulares, isso porque estas últimas não entram em contato com o ácido, pois são protegidas pelo efeito neutralizador da saliva proveniente das glândulas parótidas.

#### arco inferior

- a erosão é limitada às superfícies vestibulares e oclusais de pré-molares e molares, uma vez que as superfícies linguais dos dentes inferiores são protegidas pela língua durante a regurgitação, além de serem banhadas pela saliva das glândulas submandibulares e sublinguais

A severidade da lesão de erosão intrínseca está diretamente relacionada à frequência e à duração da regurgitação, ao nível de acidez do suco gástrico e, também, aos hábitos de higiene, especialmente após os episódios de vômitos



Fatores que influenciam na prevalência de lesões de abrasão:

- **Relacionados ao paciente** técnica/ força aplicada, frequência e tempo de escovação, por onde a escovação é iniciada na arcada e uso abusivo de palitos/ escova interdental.
- Relacionados aos materiais usados na escovação**: tipo de material, rigidez e arredondamento das cerdas, flexibilidade e comprimento do cabo da escova; abrasividade, pH e quantidade de dentifrício usado

O **tratamento restaurador está indicado quando há comprometimento estético, biológico e funcional ou em casos de hipersensibilidade** quando não respondem à terapia invasiva, contudo antes de se realizar qualquer procedimento restaurador é necessário controlar os fatores etiológicos das lesões.

O procedimento restaurador está indicado quando apresenta uma profundidade **superior a 1 mm**, com risco de envolvimento pulpar ou ainda por razões estéticas. Lista-se como opções restauradoras para LCNCs:

- ✓ resinas de micropartículas,
- ✓ resinas tipo flow,
- ✓ ionômero de vidro,
- ✓ porcelanas ou resina composta de uso indireto.



Devido à exposição de dentina, a presença de LCNCs está muito relacionada à presença de hipersensibilidade dentinária, podendo afetar a qualidade de vida dos indivíduos. A etiologia das lesões é complexa e o tratamento restaurador pode ser desafiador considerando seu **formato não-retentivo, ausência de esmalte na área cervical e a proximidade com tecidos periodontais**, o que pode dificultar o isolamento da umidade.

A durabilidade de tratamentos restauradores pode ser influenciada não somente pela seleção de materiais e técnicas restauradoras, mas também pela **dificuldade na identificação dos fatores causais**.

Não esqueça essas lesões podem estar associadas a Hipersensibilidade dentinária portanto devemos tratar a sintomatologia antes de restaurar!

**Quadro 15.3** Tratamento restaurador das lesões cervicais não cariosas de elementos isolados.<sup>15</sup>

Profundidade	Hipersensibilidade	Tratamento
Menos de 1 mm	Presente	Remoção do fator etiológico Dessensibilização Proservação
Menos de 1 mm	Ausente	Remoção do fator etiológico Proservação
Mais de 1 mm	Presente	Remoção do fator etiológico Dessensibilização Restauração adesiva Proservação
Mais de 1 mm	Ausente	Remoção do fator etiológico Restauração adesiva Proservação



O **tratamento restaurador sempre tem início pelo diagnóstico do agente causal e sua eliminação**. O complemento restaurador, por razões estéticas ou por presença de sensibilidade, é o passo seguinte.

O tratamento ou alívio dos sintomas da HD pode envolver uma ampla gama de agentes dessensibilizantes com ingredientes ativos distintos. Os agentes podem ser de uso caseiro (como cremes dentais e enxaguantes bucais) ou profissional (lasers e produtos de uso tópico), atuando por meio de diferentes mecanismos terapêuticos na redução da HD.

Não existe consenso absoluto na literatura quanto à recomendação de um protocolo-padrão para o tratamento da hipersensibilidade dentinária. Isto é justificado, pois diversos fatores podem influenciar na opção do agente dessensibilizante a ser indicado. Dessa forma, o cirurgião-dentista deve atentar ao máximo à Identificação do principal motivo pelo qual a sensibilidade foi originada.



- Outras condições bucais (restaurações e dentes trincados ou fraturados, lesões cavitadas, odontalgia facial atípica, hipomineralização molar incisivo, hipoplasia do esmalte e outros defeitos de desenvolvimento dentário) podem apresentar sintomas similares à HD, o que pode dificultar ainda mais o diagnóstico.

## Diagnóstico em dentística

Vamos falar de planejamento restaurador? Exame clínico e radiográfico vinculado a saúde geral do paciente evitam o modelo cirúrgico-restaurador fracassado. A valorização do fator estético, mas sempre tentando realizar o um tratamento restaurador interligado com a promoção de saúde.

Vamos lembrar dos exames radiográficos?

### Interproximal

- Usada na avaliação de restaurações em dentes posteriores.
- **A bite-wing é o método mais usado em Dentística** apresenta bom detalhamento e menor distorção as imagens, no entanto temos como limitações: o uso em pré-molares e molares, não pode ser usada em pacientes com apinhamentos severos pela interposição das faixas de esmalte ou ainda naqueles com mordida aberta ou prognatismo.

### Periapicais

- são indicadas para visão completa da raiz, das regiões de periápice e osso alveolar adjacente e para procedimentos na coroa de um ou mais dentes está sugerida!
- indicações: dentes desvitalizados, avaliação da mineralização radicular de pacientes jovens, avaliação de traumas e presenças de reabsorção.
- **Não é indicada para avaliar recidivas de cáries ou mesmo adaptações incorretas de restaurações em cervicais.**

### Panorâmicas

- **normalmente não estão indicadas em Dentística restauradora.**

O tratamento restaurador deve ser sempre instituído dentro de um programa em que o diagnóstico da doença e as medidas necessárias para a sua prevenção e controle foram instituídas.

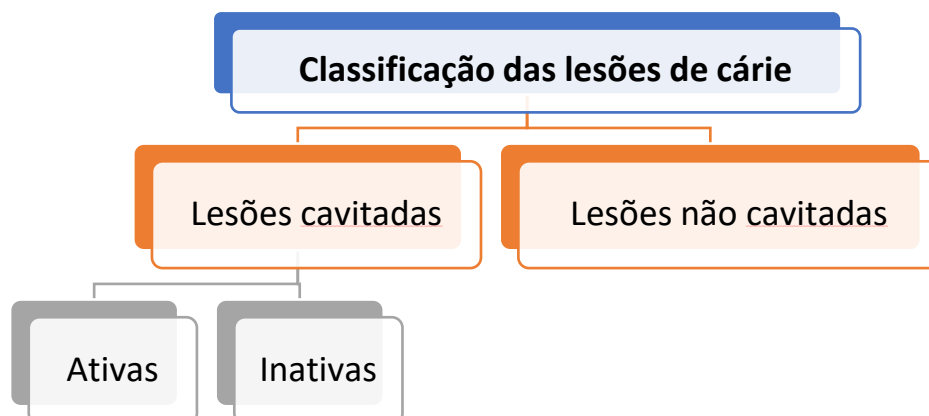
- A realização de **análise oclusal** inicial é fundamental para elaboração do plano de tratamento e exerce **influência inclusive na seleção de material e técnica**

## Avaliação de lesões cariosas

O início do desenvolvimento de cárie acontece em estágios subclínicos, evoluindo, em seguida, para lesões em esmalte e dentina, quando torna-se possível o seu diagnóstico visual e tátil. Tais lesões



podem ser representadas por **manchas brancas**, as chamadas **lesões não cavitadas (LNC)**, ou por **cavitações nos dentes**, que são conhecidas como **lesões cavitadas (LC)**.



O processo cariioso é responsável pela remoção de minerais da superfície do dente, modificando sua estrutura tecidual. **Quando no esmalte, a perda desses minerais cria, na estrutura dentária superficial, poros intercristalinos, causando a redução da translucidez do dente e consequente aumento de opacidade.** O nível mais alto de opacidade, por sua vez, permite a visualização da lesão de cárie, que geralmente se apresenta sob a forma de uma lesão de mancha branca, ou LNC.

Lembre-se concurseiro que **a progressão e o formato da lesão dependem diretamente da face dentária (oclusal ou proximal) e do estrato afetado por ela, se esmalte e/ou dentina!**

- ➔ Na superfície oclusal, tanto em esmalte como em dentina, a cárie tem um formato de pirâmide, com a base voltada para o limite amelodentinário (LAD);
- ➔ Nas faces proximais, quando em esmalte, a cárie assume o formato de pirâmide, com o ápice voltado para o LAD; quando em dentina, apesar de se manter o formato piramidal, é a base que estará voltada para o LAD.

Segundo Conceição (2017) as lesões de mancha branca localizam-se na superfície de esmalte do dente e podem estar ativas (LNCA) ou inativas (LNCI). Elas se apresentam clinicamente **em locais de difícil remoção do biofilme**, como as superfícies vestibular, proximal e cervical dos dentes.

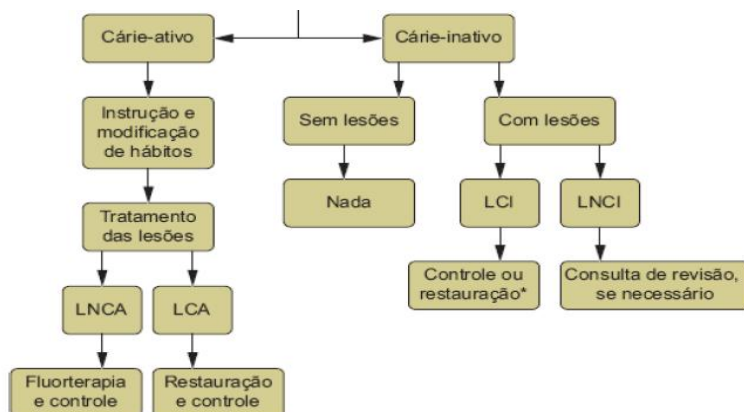
As **lesões não cavitadas** são geralmente caracterizadas por **manchas brancas** que surgem no esmalte dentário e que representam ou uma fase inicial do processo cariioso (**mancha branca ativa**), ou a seqüela resultante do controle da doença (**mancha branca inativa**).

- **A lesão com atividade de cárie geralmente tem a aparência opaca e rugosa,**
- **A lesão sem atividade de cárie pode apresentar-se pigmentada ou com coloração clara, estando a superfície do esmalte lisa e brilhante.**

As **lesões cavitadas**, que são uma consequência da progressão da lesão de mancha branca, também poderão estar ativas (LCA) ou inativas (LCI).

- ✓ a **cavidade ativa, o tecido desmineralizado é mais claro e amolecido**, além de exibir uma mancha branca ativa nos seus bordos

- ✓ a cavidade inativa apresenta uma coloração mais escurecida, com tecido endurecido à sondagem e sem a presença do halo de mancha branca ativa nos bordos.

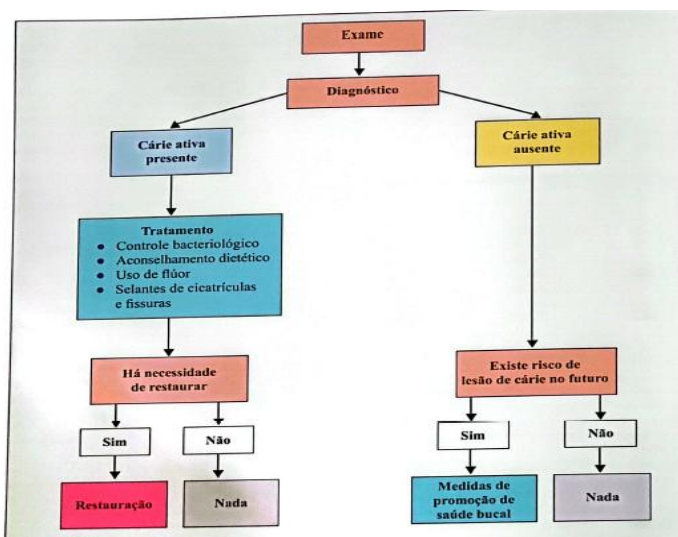


Fonte: Silva & Lund, 2016

Deve-se tratar as lesões ativas em conjunto com a cárie, enquanto, no caso das inativas, apenas se faz necessário evitar que a doença volte a se manifestar.

Lesões cavitadas presentes em superfícies livres podem ser controladas de forma não restauradora desde que permitam a desorganização periódica de placa bacteriana.

O **diagnóstico da cárie** envolve a detecção tanto da atividade da doença quanto das suas sequelas, o tratamento também estará destinado, primeiramente, ao controle da doença, para, em seguida, focalizar o tratamento das possíveis lesões cariosas existentes. Dessa forma, após diagnosticar o paciente como cárie ativo ou inativo, o profissional poderá optar por diferentes modalidades de tratamento, dependendo do tipo de lesão presente.



Fonte: Baratieri, 2017



A doença cárie é um processo dinâmico, no qual se alternam intermitentemente ciclos de atividade e inatividade. Quando o indivíduo apresenta atividade da doença somada à presença de manchas brancas ativas, **a terapia à base de flúor deve ser instituída.**

## LNCA

- aplicação do flúor em gel normalmente envolve mais de uma sessão clínica, sendo realizada semanalmente por um período de 1 mês.

## LNCI

- prescindem de tratamento à base de flúor; basta apenas que haja o monitoramento dessas lesões pelo profissional e pelo indivíduo



Em todo momento do plano de tratamento devem ser feitas medidas educacionais para manutenção de saúde e controle profissional (Conceição, 2017)

## Avaliação de fraturas

As fraturas completas dentais podem ser decorrentes de traumatismos ou pela progressão de uma fratura parcial. Nesses casos, deve-se verificar quais os tecidos foram envolvidos, podendo ocorrer em esmalte, esmalte/dentina, esmalte/dentina/polpa ou esmalte/dentina/polpa/periodonto.

- **Fraturas envolvendo apenas esmalte ou esmalte e dentina** são tratadas com restaurações.
- **Fraturas envolvendo tecido pulpar** necessitam de tratamento endodôntico conservador em dentes incompleto, ou radical em dentes com ápice completo, antes de realizar a restauração.
- **Fraturas envolvendo o periodonto** necessitam de avaliação com relação à invasão do espaço biológico. Pode ser necessária uma cirurgia para o aumento de coroa clínica nos dentes posteriores ou tracionamento ortodôntico nos dentes anteriores.

## Anomalias de forma e posição

Alguns dentes podem apresentar defeitos de formação que resultam em formato ou tamanho anormal. Tais defeitos podem ser de origem genética, como os dentes conoides, dens in dente, ou microdentes, ou em virtude de doenças infecciosas no período de formação, como sífilis congênita, que resulta na formação dos incisivos em formato de chave de fenda (incisivos de Hutchinson) ou molares em amora.

Podem acontecer ainda desproporções nos tamanhos dos dentes em relação ao tamanho das arcadas, ou diversos outros fatores que determinam a existência de espaços entre os dentes, chamados diastemas, que resultam em prejuízo estético considerável. Eles **podem ser tratados com**



## movimentação ortodôntica ou através de restaurações diretas de resina composta ou indiretas e porcelana ou resina composta.

Pode ainda ocorrer o irrompimento em posição errada, chamada transposição dental, ou a falta de um dente, quer seja por anodontia ou por avulsão, que permite que o dente adjacente migre e ocupe o seu lugar, sendo necessária uma **adequação estética**.

## Alterações de cor

As alterações de cor dentais podem levar a um grande prejuízo estético, demandando algum tipo de tratamento. As alterações de cor podem ser extrínsecas ou intrínsecas.

### Alterações extrínsecas

- As alterações extrínsecas são aquelas na qual o agente cromógeno localiza-se sobre a superfície do esmalte, bastando uma profilaxia para que ele seja removido. Como exemplos temos os manchamentos resultantes de bactérias cromógenas, consumo de compostos vitamínicos à base de ferro, fumo, etc.

### Manchamentos intrínsecos

- Os manchamentos intrínsecos são aqueles nos quais os agentes cromógenos localizam-se dentro da estrutura dental, no esmalte e/ou dentina. Para que o problema seja resolvido, na maioria dos casos, é necessária a aplicação de um agente clareador oxidante, como o peróxido de hidrogênio ou a carbamida, que penetra no esmalte e dentina e quebra a molécula do pigmento, tornando a estrutura mais clara. Pode-se ainda recobrir a superfície vestibular dos dentes com uma faceta.

## Análise das restaurações existentes

Falaremos agora sobre um tema bem em alta: a decisão sobre manter ou trocar uma restauração preexistente. Alguns estudos mostraram que o CD passa a maior parte de seu tempo clínico trocando restaurações.



A presença de restaurações com contorno inadequado pode resultar em problemas periodontais.

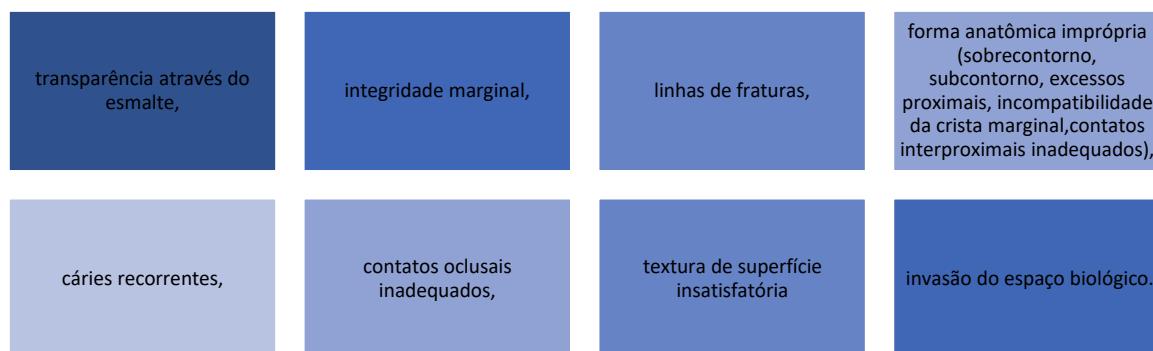
→ O sobrecontorno e excesso de material restaurador extravasados durante a sua aplicação resultam em locais de acúmulo de placa, impossibilitando a limpeza pelo paciente.

→ O subcontorno nas faces vestibular e lingual pode fazer com que o bolo alimentar se choque contra o tecido gengival, causando sua recessão.

→ A presença de contatos abertos entre os dentes faz com que ocorra impactação alimentar, podendo ocorrer inflamação gengival e perda óssea.

Vamos falar dos materiais usados e como avaliar?

Com relação às **restaurações de amálgama**, várias condições distintas devem ser avaliadas, sendo elas a



Quando uma restauração de amálgama é realizada, em virtude da translucidez do esmalte, acentuada pela corrosão da liga com o passar do tempo, pode-se visualizar o metal nessa região por transparência, prejudicando a estética. Contudo, **isso não indica que a restauração esteja defeituosa ou que necessite de troca, a não ser que seja visível durante a fala e seja uma queixa do paciente.**

Quando não existem defeitos marginais aparentes, a descoloração é primariamente cinza ou azulada, supõe-se que o metal esteja simplesmente aparecendo por transparência. Contudo, quando a área descolorida aparece amarelada ou acastanhada e parece existir uma comunicação com a margem cavossuperficial espera-se a presença de uma lesão de cárie na interface e a substituição da restauração é indicada.

As **margens da restauração** devem ser examinadas com uma sonda exploradora, deslocada perpendicular à interface dente-restauração. Ela deve ser deslocada no sentido da restauração para a superfície dental e da superfície dental para a restauração, em toda a margem.

- Caso ela **não fique retida em nenhum dos dois sentidos**, a margem está perfeita.
- Caso ele **fique retido no sentido do dente para a restauração e não fique retido no sentido oposto**, existe um excesso de material restaurador, o qual pode ser removido por meio de um procedimento de acabamento e polimento.
- Caso ela fique **retida no sentido da restauração para o dente e não fique retido no sentido oposto**, existe falta de material. Nessa situação, se não existir exposição de dentina, nenhum procedimento é indicado. Se dentina estiver exposta, um reparo ou a troca da restauração é necessário.
- Quando **a sonda ficar retida nos dois sentidos**, existe um valamento na interface. O valamento marginal é um processo de deterioração marginal como resultado de desgaste ou fraturas, quer seja do amálgama ou do esmalte marginal, em virtude do preparo cavitário



impróprio. Valamentos marginais menores que 0,5 mm de profundidade em geral não se constituem razões para a troca da restauração, pois eles em geral parecem piores do que são.

A presença de valamentos marginais não implica necessariamente a presença ou uma maior chance de desenvolvimento de lesão de cárie.

Os **excessos proximais são decorrentes do uso inadequado do sistema de matrizes** e cunhas durante o processo restaurador, resultando em locais de retenção de placa.



**O vedamento marginal obtido pela formação dos produtos de oxidação selam a interface e permitem que a restauração continue funcionando adequadamente.**

- ➔ Se o valamento é muito profundo para ser limpo pela escovação, em geral expõe a dentina, ou põe em risco a integridade de toda a restauração, ela deve ser substituída ou, quando possível, um reparo deve ser realizado na margem.

A superfície oclusal da restauração deve ser minuciosamente examinada na procura de **linhas de fratura que são causadas por um preparo cavitário incorreto**. Contudo, nos casos em que as restaurações são reparadas, a junção entre o amálgama antigo e o novo pode ficar visível, assemelhando-se a um traço de fratura.

Muitas restaurações apresentam alguns defeitos em relação à forma anatômica, mas ainda conseguem servir adequadamente a sua função clínica e não requerem a substituição. O fator crítico para determinar a necessidade de substituição não é somente se o contorno é ideal, mas se ele gerou uma doença resultante ou é provável de gerar.

A **presença de cáries recorrentes nas áreas marginais** é detectada visualmente ou pelo exame tátil, além da análise radiográfica. É comum encontrar lesões de cárie secundárias na região de fendas marginais próximas à parede gengival, as quais **indicam a substituição**.

Os **contatos oclusais das restaurações devem ser avaliados** para determinar se eles estão servindo à sua função mastigatória sem criar uma oclusão sintomática ou patogênica. Na presença de doença periodontal, a oclusão traumática pode intensificar a progressão da doença. **Restaurações com contatos oclusais traumáticos devem ser alteradas ou substituídas.**

As **restaurações em infraoclusão pode permitir a sobre-erupção dos dentes antagonistas** e devem ser avaliadas quanto a sua necessidade de substituição.

A textura de superfície de uma restauração deve ser similar à superfície dental íntegra. Em restaurações muito degradadas, o polimento pode não ser eficiente, sendo necessária sua substituição.

As **restaurações metálicas fundidas** devem ser avaliadas de forma semelhante às restaurações de amálgama. Contudo, elas dificilmente se degradam externamente, sendo que os principais problemas ocorrem na região marginal. Elas não apresentam qualquer sinal externo, a não ser que o envolvimento pulpar já tenha ocorrido, levando à sintomatologia dolorosa, ou que ela se desloque. O principal problema recai nos casos de dentes tratados endodonticamente, no qual a manifestação clínica geralmente só ocorre quando a lesão já está muito extensa.

**Restaurações em resina composta ou indiretas de porcelana ou resina** devem ser avaliadas basicamente da mesma maneira que as restaurações de amálgama. A principal diferença diz respeito à reprodução de cor.

- ✓ Algumas restaurações apresentam uma cor insatisfatória simplesmente por ter sido confeccionada utilizando resinas com cores ou translucidez inadequadas.

Nos elementos restaurados com resina que apresentem perda de brilho e rugosidade superficial em geral, um repolimento é suficiente para que ela retorne à situação inicial, reproduzindo a textura dos dentes adjacentes. Contudo, dependendo da dieta do paciente, consumo de substâncias corantes ou fumo, existe uma tendência de a restauração escurecer em virtude do manchamento superficial. Da mesma forma, **um repolimento deve ser tentado antes que a troca seja recomendada, assim como uma modificação dos hábitos é aconselhável para o paciente.**

A alteração de cor também pode ocorrer em todo o material pela degradação da matriz polimérica, sendo necessária sua substituição total na maioria dos casos.

**O manchamento marginal é um indicativo da presença de fendas marginais na interface dente-restauração associada à microinfiltração marginal**, embora seja difícil de ser interpretada. Ele pode ser pequeno, não influenciando a estética, ou intenso, se estendendo profundamente na interface.

Os **manchamentos mais superficiais podem ser eliminados por repolimento**, enquanto os **mais profundos podem necessitar de troca ou reparo da restauração**. A presença de um manchamento marginal não é sempre um indicativo direto para a troca, a não ser que exista envolvimento estético que não possa ser resolvido por um repolimento, ou quando é tão profundo que pode estar associado a uma **lesão de cárie secundária**.

Para restaurações que não apresentam a capacidade de autosselamento da interface, como a resina composta, um valamento marginal na qual a ponta de um explorador afiado é capaz de penetrar deve ser considerado para reparo ou substituição.

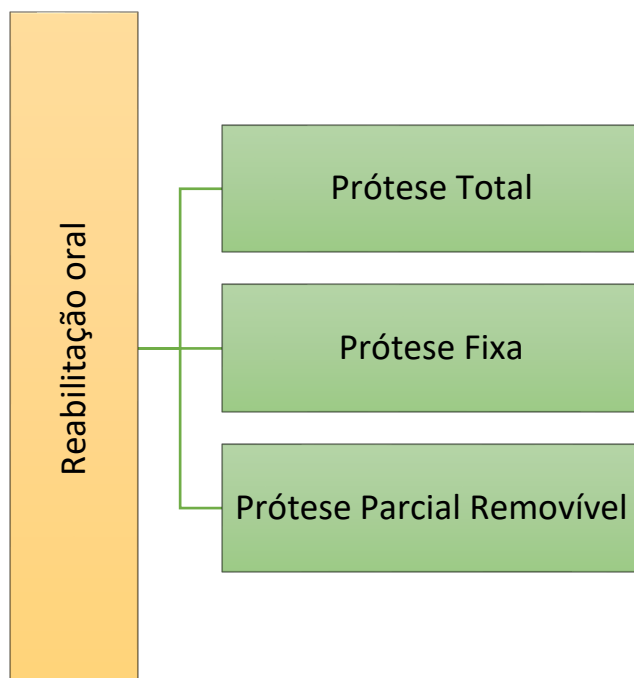
O crescimento bacteriano tem sido demonstrado progredir mais rápido sob restaurações de resina composta do que sob amálgama ou ionômero de vidro

Um problema no remanescente dental, como um fundo escurecido, pode estar interferindo no resultado, e uma restauração igualmente insatisfatória pode ser obtida com a substituição. Quando substituindo uma restauração por questões meramente estéticas, o profissional precisa explicar os riscos ao paciente, como desgaste adicional do dente ou exposição pulpar acidental.



## Diagnóstico reabilitação

Pessoal, no contexto da reabilitação, é muito importante entender se o paciente precisará passar por algum tipo de reabilitação, seja com **próteses totais** (no caso de pacientes totalmente edentados), com **próteses parciais removíveis** ou **próteses fixas**.



Em muitos casos, o paciente possuirá **ausências dentárias** e nesse contexto é fundamental observar qual a **classificação do arco parcialmente edentado**, a fim de se orientar um correto diagnóstico e planejamento.

Relembre a classificação de Kennedy:



## Classificação de Kennedy

O primeiro autor a ter o nome ligado à classificação dos arcos parcialmente edentados foi Kennedy, que propôs, em 1925, a classificação baseada na **posição dos espaços edentados em relação aos dentes remanescentes no arco, segundo um critério topográfico**.

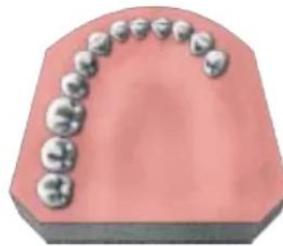
A classificação de Kennedy, conquanto seja uma classificação pioneira, **é a que melhor consegue abranger a população dos parcialmente edentados**, não existindo nenhum caso que não possa ser enquadrado em alguma das suas quatro classes. Logo, as provas de concurso trarão a classificação dos arcos conforme Kennedy.

A classificação de Kennedy é feita da seguinte maneira:

- ✓ **Classe I** - edentado posterior bilateral
- ✓ **Classe II** - edentado posterior unilateral
- ✓ **Classe III** - edentado posterior intercalar
- ✓ **Classe IV** - edentado anterior intercalar com envolvimento da linha média



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)

Essas são as configurações das quatro classes de Kennedy com os espaços protéticos considerados principais, responsáveis pela determinação dos quatro tipos de grupamentos, segundo a semelhança apresentada pelos seus componentes entre si.

- ✓ **Classe I** - As selas são bilaterais e se situam por trás dos dentes suportes.

- ✓ **Classe II** - A sela é unilateral e se situa atrás dos dentes suportes, isto é, quando se tiver todos os dentes presentes de um lado da boca e todos os posteriores ausentes do lado oposto.
- ✓ **Classe III** - É aquele tipo de caso em que o espaço edentado é intercalar e unilateral e, de igual modo, as selas.
- ✓ **Classe IV** - É aquele tipo de caso em que a sela é inteiramente anterior aos suportes. O caso mais comum é aquele no qual foram perdidos os quatro incisivos e nenhum outro dente.

Outros espaços protéticos que certamente ocorrerão, além do principal, serão considerados suplementares e determinarão modificações dentro da mesma classe. **Com exceção da Classe IV, todas as outras classes poderão apresentar modificações.**

Enquanto a identificação da classe é feita por meio de algarismos romanos, as modificações serão representadas por algarismos arábicos. Assim, teremos, por exemplo, Classe I - Modificação 2; Classe II - Modificação 3, etc. A classificação de Kennedy está baseada nas relações entre as selas e os dentes destinados a receber os retentores (grampos).

## Modificações da Classificação de Kennedy

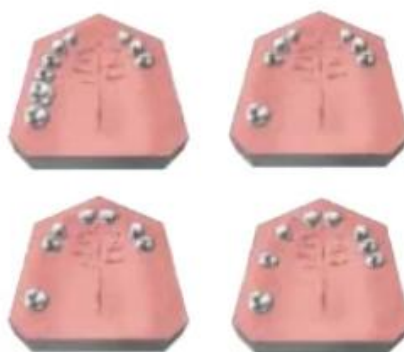
Outros espaços protéticos que ocorrerão, além dos principais, determinarão as **modificações** dentro da mesma classe.

**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).**

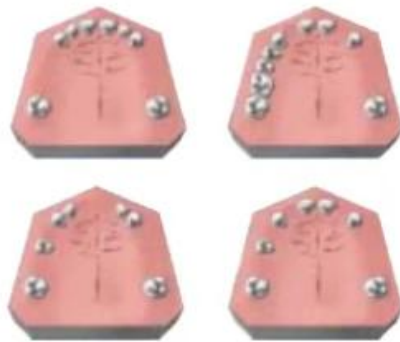
Todas as classificações permitirão modificações, **com exceção da CLASSE IV. A classe IV não admite modificações**, pois se existisse mais de um espaço protético, cairia dentro das outras três classificações.



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?

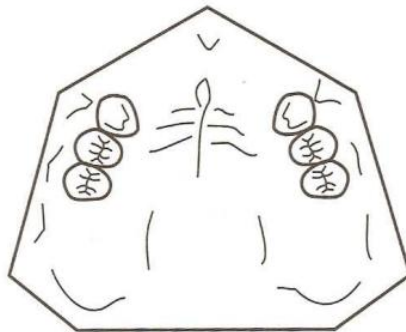


Imagem: Lourenção, O arco parcialmente desdentado e suas classificações (2010)

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**.



## PRESTE MAIS ATENÇÃO!

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 de que área desdentada envolva também a linha média**, ou seja, que os incisivos centrais estejam ausentes.

### Diagnóstico cirurgia

O tratamento prévio da cavidade bucal engloba a realização de procedimentos que tornam a boca apta para receber os tratamentos reabilitadores para a recuperação das funções.

A cirurgia está envolvida, comumente, após uma avaliação geral que faz o diagnóstico de um dente que necessita ser extraído ou de uma condição inadequada para confecção de uma prótese na qual o paciente necessitará de uma cirurgia pré-protética.

A cárie costuma ser a causa mais comum de indicação para extração dentária, mas também temos:





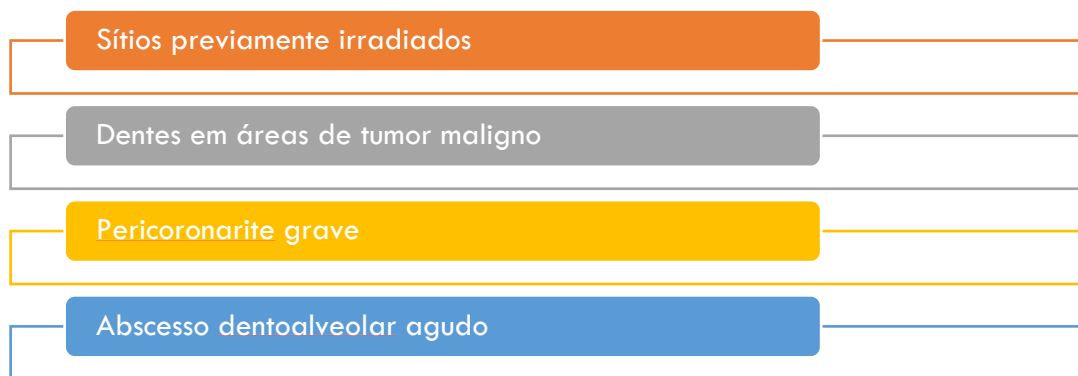
Existem também as contraindicações, que envolvem causas locais e sistêmicas.

Como contraindicações sistêmicas, temos:



São contraindicações locais:





Aqui, vale destacarmos o diagnóstico de duas condições: alveolite e pericoronarite.

A alveolite é um assunto recorrente nas provas, não esqueça a osteíte alveolar **não está associada infecção!! É um retardo na cicatrização que tem como possível causa a atividade fibrinolítica dentro e ao redor do coágulo!** De ocorrência **rara em exodontias simples** (2% das extrações), tem a incidência aumentada nas extrações de terceiros molares impactados (25% a 30% nos terceiros molares mandibulares impactados.).

Ao exame clínico **o alvéolo não apresenta coágulo** e o **osso exposto** é a causa da **sintomatologia dolorosa**. A dor relatada pelo paciente é intensa, latejante, persistente e irradiante, em especial para a região de ouvido, com **início entre o terceiro e quarto dia** após a cirurgia. A região apresenta um **odor fétido** e o paciente queixa-se de **gosto desagradável**. Menos frequentemente o paciente desenvolve tumefação e linfadenopatia.

A **pericoronarite** pode ocorrer em decorrência de aprisionamento de comida embaixo do opérculo, após um pequeno trauma do terceiro molar maxilar, ou após o comprometimento das defesas do hospedeiro p. ex., durante pequenas doenças como gripe ou uma infecção respiratória ou porque se faz uso de drogas imunossupressoras). O dente mais facilmente envolvido na pericoronarite é o que apresenta uma posição vertical com opérculo (tecido mole) recobrendo a face distal do dente.

Ao exame clínico, geralmente, evidencia-se um terceiro molar inferior semi-incluso com a superfície oclusal recoberta por tecido mole.

São bactérias associadas: *peptostreptococcus, fusobacterium e bacterioides (porphyromonas)*.

O **tratamento** da pericoronarite está da dependência da severidade dos sintomas:

**Pacientes com infecção leve:** irrigação e curetagem pelo cirurgião-dentista e irrigações em casa pelo paciente geralmente são suficientes.

Se a infecção é **um pouco mais severa** com uma grande quantidade de tecido mole local sendo traumatizado pelo terceiro molar maxilar, deve ser considerada a extração imediata do terceiro molar maxilar além da irrigação local.

Pacientes que têm (além do inchaço local e dor) inchaço facial leve, trismo leve resultante de inflamação se estendendo até os músculos da mastigação, ou uma febre baixa, o cirurgião-dentista

deve considerar administrar um antibiótico junto com a irrigação feita sob pressão e a extração. O antibiótico de escolha é a penicilina ou, em caso de alergia a penicilina, clindamicina.

Paciente com trismo (com a incapacidade de abrir a boca mais do que 20 mm), temperatura maior que 38,5°C, inchaço facial, dor e mal-estar, deve ser encaminhado para um cirurgião bucomaxilofacial e internado para administração de antibiótico parenteral e cuidadoso monitoramento em âmbito hospitalar.

Lembrando que pacientes com pericoronarite severa ao redor do terceiro molar mandibular não devem ter este dente extraído até que a pericoronarite tenha sido tratada (aumenta o risco de complicações). Se a pericoronarite é média e o dente pode ser removido facilmente, então extração imediata pode ser feita.

Além das exodontias, de modo geral, os pacientes podem precisar de cirurgias pré-protéticas.

Quando perdemos um dente, as alterações ósseas se iniciam imediatamente. **Como o osso não sofre mais ação das tensões provocadas por dentes e ligamentos, ele começa a ser reabsorvido.** Cabe destacar que essa reabsorção é variável, não seguindo um mesmo padrão em todas as pessoas, e estão na dependência de fatores sistêmicos e locais.

FATORES SISTÊMICOS	FATORES LOCAIS
Anormalidades nutricionais	Técnica de alveoloplastia empregada
Doenças ósseas sistêmicas ou que afetem o metabolismo ósseo	Trauma local associado à perda de osso alveolar
Disfunções endócrinas	Uso de próteses
	Estrutura facial (volume de osso presente nos rebordos alveolares que varia com o formato da face e indivíduos com ângulos do plano mandibular baixos e goníacos agudos)

O uso de prótese pode acelerar a reabsorção podendo inclusive aumentar o risco de fratura mandibular. **A mandíbula é mais afetada que a maxila por apresentar menor área superficial e distribuição das forças oclusais menos favorável.**

Sabemos que o ideal é sempre preservar o máximo de estrutura durante os procedimentos cirúrgicos. No entanto, devido a reabsorção pela perda dentária **muitos casos de reposição protética podem exigir o preparo cirúrgico da região através de alveoloplastias, remoção de tecido mole em excesso e de freios orais.**

O **objetivo** da cirurgia pré-protética é **criar estruturas de suporte adequadas** para a instalação subsequente de aparelhos protéticos.



## PLANO DE TRATAMENTO

Vamos relembrar as etapas a serem seguidas até a elaboração do plano de tratamento:



A elaboração do plano de tratamento com a antecipação da visualização do resultado final é alcançada através do planejamento.

A fase inicial do plano de tratamento deve prever que qualquer doença ou patologia devem ser controladas, antes de efetivamente iniciar o tratamento do paciente.

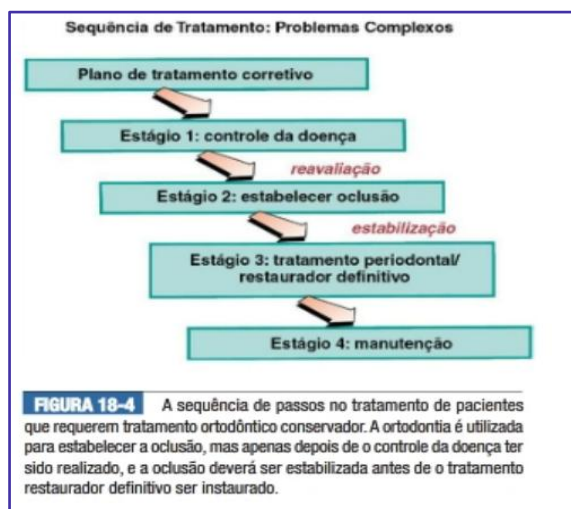


Figura 1- Figura: Proffit et al. (2013)

O objetivo primário do plano de tratamento é reestabelecer função e estética dos tecidos bucais. Ele é um importante recurso para a organização das atividades a serem executadas pelo profissional, conforme a ordem de prioridade.



Veja no quadro abaixo os objetivos de um plano de tratamento integrado:

OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Resolução de urgências	Controlar a dor Controlar infecções agudas Tratamento de traumatismos Estética
Adequação do meio bucal	Controle de placa bacteriana Selamento de cavidades ativas de cárie Procedimentos básicos (periodontia) Controle de dieta Uso de fluoretos e/ou outros agentes químicos Selamento de fósulas e fissuras



“O emprego de CIV na adequação do meio bucal não deve ser confundido com o tratamento restaurador atraumático (ART), o qual utiliza o CIV como material restaurador definitivo, e não como material provisório.” (Maria Salete, 2017).“

As restaurações ART estão indicadas para dentes decíduos e permanentes e devem ser consideradas restaurações definitivas.” (Tratamento restaurador atraumático (ART) [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde Indígena, Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.)

**Resumindo:** O ART representa uma opção restauradora e não de adequação do meio bucal

Os procedimentos envolvidos no plano de tratamento deverão seguir uma sequência lógica e eficiente para que o tempo de tratamento, o gerenciamento de materiais e os resultados sejam otimizados. Entretanto, o *plano de tratamento não deve ser fixo, imutável.*

Pode ser alterado durante o tratamento.

<b>FASE 1 ou PREPARATÓRIA</b>	<p><i>Avaliação do nível de saúde</i>  <i>Planejamento periodontal</i></p> <p><i>Planejamento cirúrgico</i></p> <p><i>Planejamento endodôntico</i>  <i>Planejamento oclusal</i></p> <p><i>Avaliação do nível de saúde</i></p>	<p><i>Observação dos resultados obtidos</i>  <i>Raspagem, alisamento, polimento coronorradicular e cirurgias periodontais</i>  <i>Exodontias, cirurgias de rebordo, frenectomias</i>                  #####</p> <p><i>Reestabelecimento das relações maxilomandibulares</i></p> <p><i>Observação dos resultados obtidos</i></p>
<b>FASE 2 ou RESTAURADORA</b>	<p><i>Planejamento da reabilitação dos elementos dentários</i></p> <p><i>Planejamento ortodôntico</i></p> <p><i>Planejamento da reabilitação da oclusão</i></p> <p><i>Avaliação do nível de saúde</i></p>	<p><i>Restaurações plásticas e próteses dentárias</i></p> <p><i>Pequenas movimentações dentárias</i></p> <p><i>Próteses fixas, removíveis e totais</i></p> <p><i>Observação dos resultados obtidos</i></p>
<b>FASE 3 ou</b>	<i>Manutenção</i>	<p><i>Consultas periódicas</i></p> <p><i>Exame clínico e/ou exame (s) complementares</i></p> <p><i>Controle de higiene</i></p> <p><i>Profilaxia (fluoretos e/ou agentes químicos)</i></p>

**Atenção:**

- As fases preparatória e restauradora podem ocorrer concomitantemente em prol do controle das doenças bucais, quando o ART é empregado como parte do tratamento odontológico.
- A fase 2 visa à restauração ou à substituição estética e funcional dos elementos ausentes. A visualização da restauração final por meio do enceramento de diagnóstico.
- A fase 3 tem por objetivo o controle preventivo, além do controle do tratamento executado. Caracteriza-se fundamentalmente pelo efetivo controle do biofilme e da dieta, além do uso contínuo de flúor em baixa concentração como estratégia de promoção da saúde.



## Planejamento cirúrgico

São inúmeras as possibilidades de cirurgia oral, desde a simples drenagem de um abscesso com uma pequena incisão, até a extração de um dente incluso próximo ao nervo alveolar inferior.

O planejamento cirúrgico deve integrar aspectos clínicos, radiográficos, sistêmicos e funcionais do paciente, garantindo segurança e previsibilidade no procedimento.

### Avaliação clínica

- Histórico médico e odontológico: identificação de comorbidades (hipertensão, diabetes, uso de anticoagulantes, alergias, etc.).
- Exame físico intra e extraoral: inspeção de mucosas, presença de infecção, mobilidade dentária, alterações ósseas e musculares.
- Condição periodontal e dentária: avaliar suporte ósseo, presença de cáries ou restaurações.

### Avaliação radiográfica

- Radiografias periapicais, panorâmica ou tomografia conforme necessidade.
- Identificação de relação anatômica com estruturas nobres (seio maxilar, canal mandibular, espaço submandibular).
- Avaliação do grau de erupção e posição dentária (classificações de Pell & Gregory e Winter para terceiros molares).

### Planejamento do procedimento

- Indicação cirúrgica: exodontia, biópsia, cirurgia pré-protética, etc.
- Sequência operatória: escolha da técnica de incisão, retalho, osteotomia, odontoseção, sutura.
- Previsão de dificuldades: avaliar risco de fratura radicular, proximidade com estruturas anatômicas e tempo cirúrgico.

### Considerações sistêmicas e risco cirúrgico

- Classificação ASA.
- Profilaxia antibiótica quando indicada.
- Adequação medicamentosa (ajuste de anticoagulantes, glicemia controlada, PA controlada).

### Plano anestésico

- Escolha do anestésico local (com ou sem vasoconstritor).
- Técnica anestésica apropriada (ex.: bloqueio alveolar inferior, infiltração supraperiosteal).

### Pós-operatório planejado

- Prescrição medicamentosa (analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos quando necessário).
- Orientações pós-operatórias (higiene, dieta, repouso).



- Planejamento do acompanhamento e remoção de sutura.

## Planejamento ortodôntico

O tratamento pode ser **corretivo** ou **conservador**. É considerado **corretivo** quando tem como objetivo obter a **melhor combinação entre estética dentária e facial**, oclusão dentária e estabilidade do resultado para maximizar os benefícios ao paciente. Esta forma de tratamento requer a **instalação de aparelho fixo** em todos os dentes e sua **duração ultrapassa 1 ano**. Adultos em tratamento corretivo são os principais candidatos a utilizar aparelhos estéticos (ex: bráquetes cerâmicos, alinhadores transparentes e bráquetes linguais).

O tratamento **conservador** consiste na movimentação dentária conduzida com o objetivo de facilitar outros procedimentos odontológicos necessários para controlar doenças, restaurar a função e/ou melhorar a aparência. Geralmente **envolve apenas uma parte da dentição**. Para adultos com comprometimento dentário, além da radiografia panorâmica, devem ser realizadas radiografias periapicais. Para tratamento ortodôntico fixo parcial, a radiografia cefalométrica pré-tratamento geralmente não é necessária. A montagem de modelos no articulador pode ser necessária, uma vez que facilita o planejamento de procedimentos restauradores necessários. A duração do tratamento conservador tende a ser de poucos meses, **raramente é superior a 1 ano** (é possível alcançar os objetivos em 6 meses). A maior parte dos tratamentos conservadores não pode ser realizada através da utilização de aparelhos removíveis, mas podem ser realizados através de **aparelhos fixos ou de uma sequência de alinhadores transparentes**. Além disso, quase sempre é realizado com o auxílio de parafusos ósseos.

### O tratamento conservador tem como meta:

- 1) Controle da doença periodontal através da eliminação de áreas de acúmulo de placa e melhora do contorno alveolar.
- 2) Estabelecer proporções coroa/raiz favoráveis e posicionar os dentes de forma que as forças sejam transmitidas através do longo eixo dentário
- 3) Facilitar o tratamento restaurador pelo melhor posicionamento dentário.



O **tratamento ortodôntico** pode ser necessário para extrusão dental ou redistribuição do espaço entre os dentes, como ocorre no fechamento de grandes diastemas, melhorar a distribuição de estresse, função ou estética.

- ✓ As doenças cárie e periodontal devem ter sido controladas e os dentes, adequadamente restaurados antes do procedimento.

- ✓ As restaurações indiretas devem ser preferencialmente postergadas até o término da movimentação.

O **tratamento corretivo focado em restaurar função e estética**, só terá prognóstico favorável a longo prazo se realizado em um paciente sadio que compreende e está comprometido em manter uma higiene bucal adequada. Outro motivo para a alteração do plano de tratamento inicial é a questão financeira.

## Manutenção

A **fase de manutenção objetiva manter os resultados dos tratamentos prévios e impedir a recidiva da doença**. Procedimentos para manter a saúde periodontal, manutenção de um baixo risco de cárie e prevenção de lesões não cáries devem ser implementados em retornos periódicos. Ela pode revelar a necessidade de ajustes para prevenir futuros problemas ou a oportunidade para reforçar os cuidados domésticos.

A frequência dos exames de reavaliação dependerá, em grande parte, do risco do paciente de doenças bucais.:



- ➔ Um paciente com saúde periodontal estável e ausência de história recente de lesões de cárie deve ter intervalos longos, como 9 a 12 meses entre as visitas, realizando-se radiografias interproximais a cada 24 a 36 meses.
- ➔ Por outro lado, pacientes com alto risco de cárie ou doença periodontal devem ser examinados com mais frequência, a cada 3 a 4 meses, e radiografias interproximais a cada 12 a 18 meses.

A falta de um calendário de manutenção bem planejado representa uma razão para falha do tratamento recém-realizado. Espera-se que essa fase seja a mais longa do tratamento, sendo direcionada para manter a saúde bucal por toda a vida do paciente.



O sucesso futuro de qualquer plano de tratamento reabilitador, depende em quão bem as doenças presentes são tratadas e controladas ao longo do tempo. O tratamento reabilitador realizado antes do controle da doença ativa está fadado a falhar como consequência da progressão da doença bucal.

A **fase de manutenção** é tão importante quanto as demais, pois serão os **retornos de acompanhamento** do paciente.

A periodicidade deve ser individualizada e aqui entra um ponto muitíssimo importante para a sua prova: **a avaliação do risco de cárie!!!**



### **Avaliação de risco de cárie na infância resumida e para não errar mais!!!!**

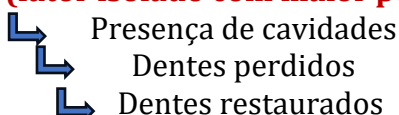
A avaliação pode ser feita de forma simples (ex: existe ou não fator de risco - consumo frequente de sacarose) ou através do cariograma (um software).

A avaliação do risco de cárie sempre deve ser realizada na 1ª consulta e em cada retorno (a avaliação do risco é dinâmica e temporal pois os fatores que influenciam podem se alterar entre as consultas). Lembre-se a cárie possui um caráter dinâmico e avaliar o risco pode evitar ou pelo menos diminuir a chance de aparecimento de novas lesões.

A avaliação do risco de cárie é crucial para decisões de tratamento e determina **o intervalo de retorno do paciente** após o tratamento finalizado (cuidado a evidência é fraca quanto ao retorno pois é baseada na opinião do especialista).

#### **Para crianças maiores de 5 anos:**

- **Experiência de cárie (fator isolado com maior poder preditivo para o risco)**



- Uso de dentífrico não fluoretado
- Uso de dentífrico com menor concentração de flúor
  - Condição sistêmica
- Dentes em fase de erupção (1º Molares Permanentes\*)
  - Dentes com defeitos de formação de esmalte

#### **Crianças pré-escolares**

- Uso de dentífrico não fluoretado ou de baixa concentração
  - Experiência passada de cárie
- Ingestão de líquidos açucarados durante a noite
- Amamentação prolongada por mais de 2 anos
- Condições sistêmicas (menor relevância)

#### **Risco maior de progressão**



Lesões ativas do que inativas ou dentes sadios  
Crianças com experiência (que já possuem cavidades em outras regiões)

**Mas atenção:** nenhum fator é muito acurado para prever o desenvolvimento de novas lesões. A experiência de cárie é o fator de risco com melhor valor preditivo, mas sua acurácia é moderada.

Fonte: Diretrizes para procedimentos clínicos em odontopediatria (2021)

De acordo com o livro de Cariologia – da base à Clínica de Magalhães et al (2021), são fatores determinantes de alto risco à cárie:

#### FATORES DE ALTO RISCO

- => Hipossalivação
- => Radioterapia de cabeça e pescoço
- => Presença de lesões ativas

Os autores esclarecem que embora a hipossalivação seja relevante, ela deve ser considerada apenas em casos extremos e, portanto, a medição do fluxo salivar não deve ser medida-padrão rotineiramente adotada.

Ao constarmos uma lesão ativa, devemos considerar que não apenas os sinais da doença estão presentes, mas também os fatores de risco para o seu desenvolvimento.

São outros fatores a serem considerados:

- => Experiência prévia de cárie
- => Consumo de alimentos contendo açúcar
- => Presença de biofilme espesso e organizado em áreas de estagnação
- => Baixa exposição aos fluoretos
- => Condições socioeconômicas
- => Aspecto comportamental familiar – já que os hábitos são adquiridos na família
- => Uso de próteses e aparelhos ortodônticos – acumulam mais biofilme
- => Superfície radicular exposta – um aumento do risco está associado ao número de superfícies radiculares expostas (nicho de retenção de biofilme)
- => Escore PUFA: indicador que mensura os casos de polpa exposta, ulceração associada à fragmentos de raiz retidos ou bordas afiadas causadas por destruição pela lesão de cárie, e consequente fístula e abscesso.

Os autores acrescentam informações sobre o risco na infância, esclarecendo que se dividem em sociais, comportamentais e clínicos, veja os exemplos:

#### SOCIAIS

- 1- pais ou cuidadores vivem em condições de pobreza
- 2 - baixo nível de alfabetismo

#### COMPORTAMENTAIS

- 1- exposição frequente a alimentos com açúcar



- 4 – uso de mamadeiras com líquidos açucarados
- 5 – amamentação prolongada
- 6 – responsável ou cuidador tem cárie ativa

#### CLÍNICOS:

- 1- criança portadora de algum tipo de deficiência - geralmente colaboram menos durante a higienização
- 2- defeitos no esmalte
- 3- lesões não cavitadas, cavidades, restaurações visíveis ou falta de dentes devido à cárie
- 4- biofilme visível



## RESUMINDO A INDICAÇÃO DE FLUORETOS

- Por falta de evidências científicas, não há indicação de uso de suplementos de F pré-natal. Suplementos de F pós-natal têm indicação individual limitada, sendo contraindicados como medidas de saúde pública/coletiva;
- Os bochechos de fluoreto de sódio com semanal (NaF 0,2%) são recomendadas para populações nas quais se constate uma ou mais das seguintes situações:
  - a) exposição à água de abastecimento sem flúor;
  - b) exposição à água de abastecimento com teores de fluoretos abaixo da concentração indicada (até 0,54 ppm F);
  - c) CPOD médio maior que 3 aos 12 anos de idade;
  - d) menos de 30% dos indivíduos do grupo são livres de cárie aos 12 anos de idade; e
  - e) populações com condições sociais e econômicas que indiquem baixa exposição a dentifrícios fluoretados.
- Os bochechos diários de NaF a 0,05%, em combinação com dentifrícios fluoretados, são recomendados para indivíduos de alto risco de cárie, por exemplo, aqueles usando aparelhos ortodônticos fixos.

## QUESTÕES COMENTADAS

1. (CADAR/Periodontia/2024) O plano de tratamento periodontal deve ser definido após o estabelecimento do diagnóstico e prognóstico da doença periodontal, e deve abranger as seguintes fases: não-cirúrgica (fase I), cirúrgica (fase II), restauradora (fase III) e de manutenção (fase IV). Considerando-se o exposto, informe verdadeiro (V) ou falso (F) para as assertivas abaixo sobre a fase I da terapia e, em seguida, marque a opção que apresenta a sequência correta.

( ) A fase I da terapia periodontal é conhecida por uma série de nomes, incluindo terapia inicial, terapia periodontal não cirúrgica e terapia relacionada à causa.

( ) O manejo de todos os fatores locais que contribuem para o biofilme é necessário na fase I da terapia, iniciando-se pela educação do paciente e instrução sobre higiene oral.

( ) A fase I tem por finalidade eliminar os fatores etiológicos das doenças periodontais e compreende, por exemplo, a raspagem supragengival e subgengival e alisamento radicular.

( ) A correção ou substituição de restaurações e próteses mal adaptadas também são procedimentos realizados na fase I da terapia periodontal.

a) (V); (V); (V); (V).

b) (F); (V); (F); (F).

c) (V); (F); (V); (F).

d) (F); (F); (F); (V).

**Comentários:**

Todas as alternativas estão corretas.

**Gabarito letra A.**

2. (CADAR/Periodontia/2024) “O objetivo da terapia periodontal relacionada à causa foi declarado de maneira sucinta como a abordagem voltada para a remoção dos biofilmes patogênicos, toxinas e cálculos e o restabelecimento de uma superfície radicular biologicamente aceitável”. (NEWMAN, Michael G.; TAKEI, Henry H.; KLOKKEVOLD, Perry R., CARRANZA, Fermin A. Newman e Carranza: Periodontia Clínica. 13. ed.

Portanto, para alcançar esses objetivos, diferentes procedimentos devem ser realizados, de acordo com as necessidades do paciente, e em uma sequência adequada. Com base nas etapas a seguir, preencha os parênteses na ordem sequencial em que ocorrem durante a fase I da terapia periodontal.

( ) Tratamento das áreas de impactação alimentar.

72

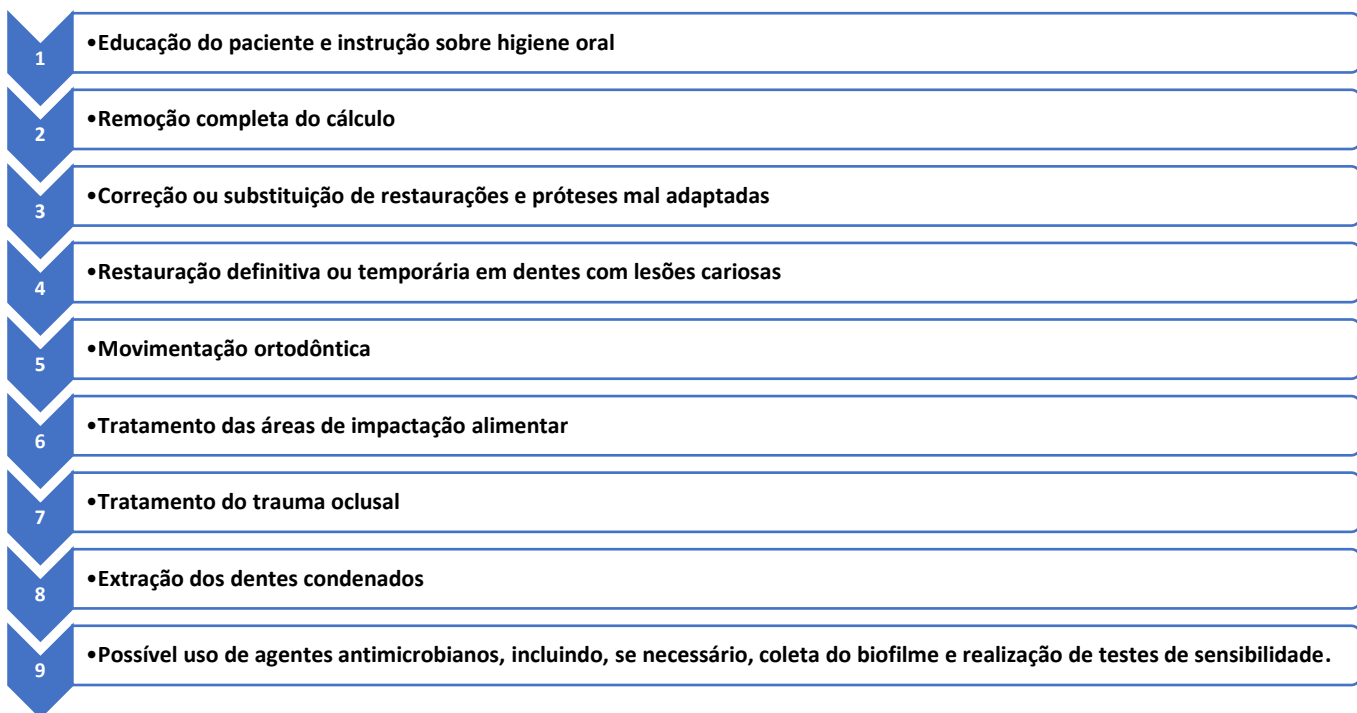


- ( ) Correção ou substituição de restaurações e próteses mal adaptadas.
- ( ) Remoção completa do cálculo.
- ( ) Educação do paciente e instrução sobre higiene oral.
- ( ) Extração dos dentes condenados.

A sequência correta em que ocorre o processo é:

- a) (4); (3); (2); (1); (5).
- b) (2); (1); (3); (5); (4).
- c) (3); (2); (1); (4); (5).
- d) (5); (4); (1); (3); (2).

**Comentários:** Newman et al., 2020 descreve as seguintes etapas:



Sequência correta demonstrada na letra A.

3. (PM-SE-Selecon/2025) Na Periodontia, uma das classificações mais utilizadas é a de Miller, que categoriza as recessões em quatro classe, com um tipo de diagnóstico que permite avaliar as possibilidades e os tipos de tratamento necessários para cada situação. Segundo Miller:

A) Classe I: a recessão não atinge a linha mucogengival, mas apresenta perda de tecido interdentário



**B) Classe II: a recessão atinge ou ultrapassa a linha mucogengival com perda de tecido interdentário**

**C) Classe III: o tecido proximal gengival está apical à junção cimento-esmalte, porém não há perda de tecido ósseo**

**D) Classe IV: há perda de tecido interdentário e o tecido proximal gengival está no nível da base da recessão.**

**Comentários:** Questão atual, porém perceba que a cobrança é a classificação de acordo com Miller:

### **Classificação de Miller**

<b>Classe I</b>	Retração do tecido marginal que não se estende até a junção mucogengival. Não há perda óssea nem de tecido mole interdentais
<b>Classe II</b>	Retração do tecido marginal que se estende até a junção mucogengival ou além. Não há perda óssea nem de tecido mole interdentais.
<b>Classe III</b>	Retração do tecido mole que se estende até a junção mucogengival ou além dela. Perda de osso/tecido mole interdentais ou posicionamento incorreto do dente.
<b>Classe IV</b>	Retração do tecido marginal que se estende até junção mucogengival ou além dela; perda de osso/tecido mole interdental grave ou grave posicionamento incorreto do dente.

### **Gabarito letra D.**

**4. (Prefeitura Municipal de Sertãozinho- SP/2025) De acordo com novo esquema de classificação para doenças e condições periodontais e peri-implantes – World Workshop 2017, uma característica do estágio de periodontite Grau III é:**

**A) perda de até 6 dentes devido à periodontite.**

**B) perda óssea radiográfica concentrada no terço coronal (15% a 30%).**

**C) perda óssea principalmente horizontal com ausência de envolvimento de furca.**

**D) necessidade de reabilitação complexa devido à disfunção mastigatória, trauma oclusal secundário (grau de mobilidade dental  $\geq 2$ ) e defeito de crista severo.**

**E) perda do nível de inserção clínica nos locais de maior perda  $\geq 5$  mm.**

**Comentários:** Mais uma vez, precisamos revisar a tabela de estágio.



		ESTÁGIO I	ESTÁGIO II	ESTÁGIO III	ESTÁGIO IV
<b>Severidade</b>	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
<b>Complexidade</b>	Local (sítio)	PCS ≤ 4 mm	PCS ≤ 5 mm	PCS ≥ 6 mm	Complexidade do estágio III
		• Perda óssea Horizontal	• Perda óssea Horizontal	• Perda óssea Vertical ≥ 3mm • Furca Classe II ou III	+ Necessidade de reabilitações complexas
<b>Extensão e distribuição</b>	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.			

Estágio III:

perda ≤ 4 dentes devido à periodontite

perda óssea radiográfica Além do terço médio

Perda óssea vertical ≥ 3mm

necessidade de reabilitação complexa devido à disfunção mastigatória, trauma oclusal secundário (grau de mobilidade dental ≥ 2) e defeito de crista severo faz parte do estágio IV.

**Gabarito letra E.**

**5.(CADAR/ODONTOLOGIA/2021) No planejamento de uma reabilitação protética, uma sequência de condutas clínicas deve ser seguida com o objetivo de devolver as características funcionais e estéticas da prótese. Estabeleça a sequência no plano de tratamento a partir das condutas diagnósticas.**



- ( ) Análise de modelos de estudo
- ( ) Exame clínico
- ( ) Histórias médica e dentária
- ( ) Exame de imagens

A sequência no plano de tratamento correta é:

- A) (1); (2); (3); (4)
- B) (3); (4); (1); (2)
- C) (4); (2); (1); (3)
- D) (4); (3); (2); (1)

Comentários:

Ao planejar uma reabilitação protética, o primeiro passo é realizar a anamnese e obter informações acerca da história médica e dentária do paciente. Após análise da história médica e dentária, é importante que seja realizado o exame clínico. A partir desse exame clínico, serão solicitados os exames de imagens e, por fim, será feita a análise dos modelos de estudo. Logo, a **sequência correta é 4213.**

A alternativa correta e gabarito da questão é a alternativa C.

6.(CADAR/ODONTOLOGIA/2021) O exame do paciente edentado trará informações importantes para a determinação do plano de tratamento e confecção da prótese total. A esse respeito, avalie as afirmativas.

- I. O exame extraoral precede à anamnese, pois o relato da queixa principal permite o profissional associar os aspectos faciais como dimensão vertical, suporte de lábio e linha de sorriso ao grau de satisfação do paciente.
- II. O exame intraoral permite a inspeção dos tecidos moles, músculos e rebordo remanescente. Condições presentes nessas estruturas podem interferir na execução do caso e devem ser avaliadas previamente à execução do tratamento.
- III. O uso de prótese total pode levar ao desenvolvimento de alterações nos tecidos de suporte. Assim, o profissional deve compreender seu mecanismo de formação para devolver normalidade e planejar uma prótese que previna a evolução dos processos.
- IV. A saliva é um agente promotor da retenção da prótese total à mucosa subjacente. Uma redução dos níveis salivares pode acarretar em perda de retenção e facilitar a formação de ulcerações traumáticas na mucosa.

Está correto apenas o que se afirma em:

- A) I, II e III.
- B) I, II e IV.
- C) I, III e IV.
- D) II, III e IV.

Comentários:



Vejamos cada um dos itens:

I. O exame extraoral precede à anamnese, pois o relato da queixa principal permite o profissional associar os aspectos faciais como dimensão vertical, suporte de lábio e linha de sorriso ao grau de satisfação do paciente. **O item está incorreto**, pois o exame extraoral deve ser realizado APÓS a anamnese e não antes, como a questão aborda.

II. O exame intraoral permite a inspeção dos tecidos moles, músculos e rebordo remanescente. Condições presentes nessas estruturas podem interferir na execução do caso e devem ser avaliadas previamente à execução do tratamento. **O item está correto** e aborda exatamente o que deve ser avaliado durante o exame intraoral.

III. O uso de prótese total pode levar ao desenvolvimento de alterações nos tecidos de suporte. Assim, o profissional deve compreender seu mecanismo de formação para devolver normalidade e planejar uma prótese que previna a evolução dos processos. **O item está correto**, o profissional deve planejar uma prótese que evite o desenvolvimento de alterações nos tecidos de suporte.

IV. A saliva é um agente promotor da retenção da prótese total à mucosa subjacente. Uma redução dos níveis salivares pode acarretar perda de retenção e facilitar a formação de ulcerações traumáticas na mucosa. **O item está correto**, a saliva permite retenção da prótese total à mucosa e um quadro de menor salivação pode trazer diversos tipos de problemas para o paciente edentado total.]

Logo, **os itens corretos são II, III e IV. O gabarito da questão é a alternativa D.**

**7- (GS Assessoria/ Prefeitura Municipal de Jardinópolis -SC/2021) O tratamento da Cárie Dentária deve ser individualizado e compreender:**

**I. Instrução de higiene bucal, incluindo: orientações sobre a escovação dental, uso do fio dental, limpeza da língua e frequência de higienização.**

**II. Remoção profissional de placa, por meio de raspagem e/ou utilização de instrumentos rotatórios ou ultravibratórios apropriados.**

**III. Adequação do Meio Bucal: compreendendo remoção de placa, remoção da dentina cariada e selamento das cavidades com material provisório (ionômero de vidro ou cimento modificado) e remoção de outros fatores retentivos de placa como restos radiculares e cálculos.**

**IV. Controle da atividade de doença: envolve a avaliação das causas do desequilíbrio identificado e intervenção sobre os fatores determinantes e incluindo: Ações educativas para controle de placa. Uso tópico de flúor de acordo com a indicação e risco até o controle da doença. Aconselhamento dietético e estímulo ao fluxo salivar.**

**Está correta apenas as afirmativas**

**A) I e II.**

**B) I, II e III.**

**C) I, III e IV.**



D) II e IV.

E) II e III.

**Gabarito: C**

**Comentários:** A remoção profissional de placa (II), que, embora útil, não cobre todos os aspectos necessários para controlar a atividade da doença, como ações educativas e uso de flúor, faz necessária a promoção de mudanças de comportamento do paciente.

**8- (Instituto Mais/ Prefeitura Municipal de Santana do Parnaíba -SP/2022) A adequação do meio bucal é definida como:**

- A) Aplicação de uma película resinosa (geralmente incolor) na superfície de dentes posteriores para impedir o acúmulo de placa bacteriana nas depressões naturais dos dentes.
- B) Aplicação de um líquido que ajuda a estacionar o progresso da cárie, quando a confecção de uma restauração não é possível por algum motivo (idade, falta de colaboração do paciente).
- C) Consulta destinada a adequar o comportamento da criança ao tratamento odontológico.
- D) Preparação prévia da boca para o tratamento, com remoção de cáries e realização de restaurações temporárias.

**Gabarito: D**

**Comentários:**

A adequação do meio bucal é um conjunto de procedimentos realizados pelo dentista para controlar fatores que causam cárie, como remoção de cáries e restaurações inadequadas, e para promover a saúde bucal. Essa etapa visa criar um ambiente favorável para a paralisação da doença e preparar a boca para tratamentos restauradores definitivos.

**A alternativa A está incorreta.** Esta opção fala sobre a aplicação de uma película resinosa nos dentes posteriores, traduzindo seria o emprego do selante de fósulas e fissuras. Essa técnica é utilizada principalmente para prevenir cáries em dentes posteriores em locais de difícil higienização.

**A alternativa B está incorreta** Trata da aplicação de um líquido que ajuda a estacionar o progresso da cárie, estamos falando do uso de agentes cariostáticos ou controladores, mas não à adequação do meio bucal.

**A alternativa C está incorreta** refere-se mais à conduta comportamental e manejo de pacientes do que à adequação do meio bucal propriamente dita.

**9-(ITAME/ Prefeitura de Goianésia-GO/2022) A adequação do meio bucal envolve um conjunto de ações realizadas, visando ao controle de fatores etiológicos de doenças bucais, em uma prática de tratamento voltada para promoção de saúde, onde seus objetivos principais são:**

- A) Controlar a infecção bacteriana e fornecer subsídios para a autocuidado, educando e motivando os pacientes para uma condição de saúde favorável e permanente.
- B) Remoção de placa bacteriana e profilaxia, em conjunto à extração de resíduos dentários.
- C) Profilaxia antibiótica, remoção de placa bacteriana e extração de resíduos dentários.
- D) Remoção da placa bacteriana, uso da terapia medicamentosa e aconselhamento dietético.



### Gabarito: A

**Comentários:** A adequação do meio bucal é um conceito fundamental na odontologia preventiva e se refere a um conjunto de práticas voltadas para controlar fatores que causam doenças bucais. Isso inclui medidas que promovem a saúde bucal contínua e sustentável. É uma abordagem que vai além do tratamento curativo, focando na educação e na motivação do paciente para que ele adote hábitos que favoreçam a saúde bucal a longo prazo. A correta adequação do meio bucal requer um enfoque integral que inclui controle da infecção, educação e motivação do paciente para manter a saúde bucal em longo prazo.

**10-(FAU UNICENTRO/Prefeitura Municipal de Goioerê -PR/2022) A adequação do meio bucal caracteriza-se por uma série de medidas que têm como objetivo principal diminuir o risco/atividade de cárie através do controle dos fatores etiológicos. Dentre essas medidas estão, exceto:**

- A) Interrupção da cadeia de infecção por microrganismos cariogênicos.
- B) Instruções de higiene bucal (controle mecânico do biofilme dental).
- C) Aplicação de agentes antimicrobianos.
- D) Remoção de todo o tecido cariado e restauração em massa das lesões de cárie.
- E) Extração de raízes residuais.

### Gabarito: D

**Comentários:** A adequação do meio bucal caracteriza-se por uma série de medidas que tem como objetivo principal diminuir o risco/atividade de cárie através do controle dos fatores etiológicos. Dentre essas medidas, estão: interrupção da cadeia de infecção por microrganismos cariogênicos; instruções de higiene bucal (controle mecânico do biofilme dental); aplicação de agentes antimicrobianos; escavação e selamento em massa das lesões de cárie; instruções de dieta; fluoroterapia; extração de raízes residuais; remoção de iatrogenias.

**11-(IBFC/EBSERH Nacional/2023) A adequação do meio bucal consiste em um conjunto de procedimentos clínicos com objetivo de reduzir o número de microrganismos cariogênicos na cavidade bucal. Dentro dessa adequação do meio, pode-se utilizar a escavação e o selamento em massa que, em Odontopediatria, é indicado para cavidades médias e rasas, com uso de cimento. Assinale a alternativa correta:**

- A) Apenas o Cimento de Ionômero de Vidro.
- B) Cimento de Ionômero de Vidro e Fosfato de Zinco.
- C) Cimento de Ionômero de Vidro e Óxido de Zinco e Eugenol.
- D) Óxido de Zinco e Eugenol e Hidróxido de Cálcio pasta-pasta.
- E) Apenas Óxido de Zinco e Eugenol

### Gabarito: C

**Comentários:**



Um procedimento comumente utilizado na adequação do meio bucal é a escavação e selamento em massa, que promove a diminuição da quantidade de microrganismos presentes no meio bucal, eliminando os nichos que promovem o acúmulo bacteriano. Esse procedimento paralisa a progressão da doença cárie e equilibra o meio, até que as restaurações definitivas sejam realizadas. No caso da Odontopediatria, devem ser realizados previamente exame radiográfico que verifique a profundidade das lesões de cárie, indicação de extração ou endodontia, sendo esse procedimento indicado apenas em cavidades de profundidade rasa ou média. A avaliação clínica da lesão também é importante, identificando-a em aguda ou crônica. Podem ser realizados com cimentos à base de óxido de zinco e eugenol ou cimentos ionômero de vidro

**12.(FUNCERN/Município de Guamaré/RN/2024) Fase do tratamento que corresponda à adequação do meio bucal que envolve a remoção de focos de infecção, juntamente com a orientação e motivação em saúde bucal, redução do número de microrganismos cariogênicos na cavidade bucal previamente ao tratamento restaurador:**

**A) Remoção de tecido dentário infectado na cavidade.**

**B) Pulpotomia.**

**C) Pulpectomia.**

**D) Restauração em resina composta.**

**Gabarito: A**

**Comentários:** A fase do tratamento mencionada na questão refere-se à **adequação do meio bucal**. Esse é um passo essencial antes de qualquer procedimento restaurador definitivo. O objetivo principal dessa fase é criar um ambiente mais saudável na cavidade bucal, reduzindo a carga microbiana e removendo focos de infecção que possam comprometer a saúde geral do paciente e o sucesso do tratamento restaurador.

**13.(IBAM/SC (Representação Santa Catarina/ Prefeitura Municipal de Lages (SC) 2024) A aplicação clínica dos conceitos atuais de cariologia recomenda que todos os esforços devam ser canalizados para evitar o aparecimento da doença cárie. Entretanto, quando isso não for possível, o diagnóstico deve ser o mais precoce possível com objetivo de estacionar ou mesmo reverter o processo de cárie. Nessa lógica conservadora, quando a intervenção invasiva é indispensável, pela presença de cavitação em dentina, a abordagem indicada deve ser a "adequação do meio bucal", baseada no diagnóstico precoce, na prevenção e no controle da doença, que inclui:**

**A) "A extensão por prevenção" incluindo no preparo cavitário toda a extensão do sulco, suscetível a fraturas/lesões.**

**B) A eliminação toda a lesão em dentina "infectada" ou "afetada" por cárie para evitar cárie remanescente sob a restauração.**



C) A priorização da função e da estética por meio de restaurações com resinas capazes selar as cavidades evitando a aderência de placa.

D) A remoção da dentina superficial amolecida das cavidades com curetas, preenchendo-as com cimento de ionômero de vidro.

**Gabarito: D**

**Comentários:** A afirmação descreve corretamente um dos passos do Tratamento Restaurador Atraumático (ART), um procedimento que utiliza instrumentos manuais para remover a cárie amolecida e depois a cavidade é preenchida com cimento de ionômero de vidro, um material adesivo que libera flúor e sela a área para proteger o dente.

14. (Ápice Consultoria/ Prefeitura Municipal de São João do Tigre -PB/2024) A adequação do meio bucal é um conjunto de procedimentos que visam à diminuição dos níveis de microrganismos cariogênicos, a eliminação de focos infecciosos e a estabilização da atividade de cárie dental, favorecendo a maturação pós-eruptiva e permitindo ao profissional condicionar psicologicamente a criança e, principalmente, preparar a cavidade bucal para receber o tratamento restaurador/reabilitador. São considerados procedimentos que compõem a fase de adequação do meio bucal, EXCETO:

A) Extração de raízes residuais.

B) Restauração em resina composta imediata.

C) Escavação e selamento em massa das lesões cariosas.

D) Controle mecânico do biofilme dental.

E) Fluorterapia.

**Gabarito: B**

**Comentários:** A restauração em resina composta não faz parte da adequação do meio, mas sim de um passo posterior que é a reabilitação. A adequação do meio bucal é caracterizada pela menor complexidade, valorização dos procedimentos, além de auxiliar na redução de microrganismos bucais, e no controle clínico das condições de risco. Assim, beneficia o tratamento definitivo e possibilita que a ao paciente que tenha maior confiança e habilidade para interagir com o Cirurgião-dentista, e juntos conduzir uma gestão adequada do comportamento

15.(Institute JK/ Prefeitura Municipal de São João do Paraíso -MA/ 2024) Para adequação do meio bucal, o material restaurador de escolha em restaurações provisórias, capaz de diminuir o número de S. mutans da placa dental e liberar flúor de forma contínua, é o:

A) Bioríde.

B) Óxido de zinco e eugenol.

C) Verniz fluoretado.



## D) Ionômero de vidro.

### Gabarito: B

**Comentários:** O material restaurador de escolha para o meio bucal, em restaurações provisórias, que diminui o número de *S. mutans* e libera flúor de forma contínua é o cimento de ionômero de vidro. Este material possui propriedades que permitem o selamento provisório de cavidades, adesão à estrutura dentária, e liberação de fluoretos, o que ajuda a paralisar o processo de cárie e a reduzir microrganismos cariogênicos na cavidade bucal. O óxido de Zinco e eugenol também era muito usado devido às suas propriedades, como a liberação de eugenol, que tem efeito analgésico e anti-inflamatório, auxiliando na proteção da polpa e aliviando a dor, no entanto devido a incompatibilidade com os materiais resinosos esse material acabou entrando em desuso.

Apenas uma observação: o BIORIDE é diaminofluoreto de prata a 12%. Os cariostáticos são utilizados na prevenção e paralisação de lesões de cárie avançadas. São compostos por fluoreto de sódio e nitrato de prata. Seu mecanismo de ação se baseia na ação dos íons flúor sobre a estrutura dentária e dos íons prata sobre o biofilme.

Atua na estrutura dentária:

- aumentando a resistência do esmalte ao processo DES-RE;
- inibe ou minimiza a degradação de colágeno e;
- promove um efeito antibacteriano.

**16.(GS Assessoria/Prefeitura Municipal de Irati-SC/2025) Dentre as alternativas abaixo, qual a que melhor se enquadra no significado de "Adequação do meio bucal"?**

**A) Restaurar todas as cavitações com resina fotoativada.**

**B) Apenas fazer uma profilaxia dental e orientar a higienização bucal.**

**C) Adotar um conjunto de medidas para a recuperação do equilíbrio biológico perdido.**

**D) Eliminar a placa dental devolvendo a saúde ao periodonto.**

### Gabarito: C

**Comentários:** A adequação do meio bucal envolve diversos procedimentos que compreendem o objetivo principal da diminuição do risco/atividade da doença cárie, através do controle dos fatores etiológicos. Com essas medidas, o Cirurgião-dentista consegue atuar para que ocorra um equilíbrio dinâmico, com a promoção da remineralização, que tem por fim a paralisação da doença cárie em seu estágio inicial, criando um ambiente favorável para maior preservação da estrutura dentária. Como medidas a serem instituídas, pode-se citar: profilaxia dental profissional, remoção de cálculos dentários, selamento das cavidades, utilização de fluoretos, orientação da dieta e higiene bucal

**17.(IBFC/Departamento de Recursos Humanos e Previdência -DRH/SEAP/ 2021) Paciente de 13 anos de idade, gênero masculino, atleta profissional, procurou atendimento odontológico, acompanhado de sua mãe, queixando-se do aspecto do seu sorriso devido a fratura de um**



dente anterior ocorrida durante um jogo de futebol há mais de 8 meses. Ao exame clínico, observou-se uma fratura transversal, ao nível médio da coroa do dente 11. O dente não apresentou alteração de cor e respondeu positivamente a todos os testes de vitalidade pulpar. Radiograficamente não foi observada qualquer evidência de comprometimento pulpar e periapical. Assinale a alternativa que apresenta o plano de tratamento mais adequado para a situação clínica descrita.

- A) Restauração indireta em resina composta, orientações de higiene bucal e preservação.
- B) Tratamento endodôntico, clareamento interno e faceta direta em resina composta.
- C) Capeamento pulpar direto, restauração em resina composta e confecção de protetor bucal.
- D) Restauração direta em resina composta, confecção de protetor bucal e preservação.
- E) Pulpotomia, restauração direta em resina composta e preservação.

**Gabarito: D**

**Comentários:** Este tipo de questão vai ser muito comum para traçar condutas a partir de um caso clínico. Traumas são sempre abordados, deve-se atentar ao tempo desde a lesão o comprometimento da estrutura dental e a condição de vitalidade com presença de sintomatologia. No caso em questão todos os indícios para o dente se manter vital sendo necessária apenas a Restauração direta em resina composta, confecção de confecção de protetor bucal para uso em atividades esportivas de impacto e preservação. através de controle radiográfico conforme preconizado.

**18.(Instituto AOCP / Polícia Militar do Espírito Santo-PMES/ 2022) Dentro do planejamento integral para o atendimento odontológico do paciente, a última fase do plano de tratamento é a fase de preservação. Sobre o prazo para retorno dos pacientes, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa com a sequência correta:**

Todos os pacientes devem ter retorno agendado para 6 meses após a finalização do tratamento, pois é o tempo em que há garantia de estoques de flúor suficientes nos dentes para deter a progressão da doença cárie.

A revisão deve ser determinada de acordo com cada paciente, em função de suas necessidades e risco de desenvolvimento de doenças, sendo a história social um dos fatores a serem considerados.

Considerando as evidências epidemiológicas advindas de estudos de campo no Brasil, o intervalo recomendado entre as consultas deve ser padronizado em 6 meses para pacientes com alto ou médio risco à cárie e de 1 ano para pacientes sem risco identificado à cárie.

- A) V - V - V
- B) V - F - F
- C) F - V - F
- D) F - F - F
- E) V - V - F

**Gabarito: C**



**Comentários:** É incorreto afirmar que todos os pacientes devem ter o retorno agendado após 6 meses, pois o intervalo deve ser determinado de acordo com as necessidades e riscos de cárie de cada paciente. Sabemos que a doença cárie é multifatorial e como vimos alguns autores dividem os riscos em sociais, comportamentais e clínicos, devendo ser constantemente avaliado o risco em cada consulta para determinar o retorno do paciente.

**19.(VUNESP/PM CE/2022) No plano de tratamento com reabilitação protética, deve-se atentar para as inter-relações entre os procedimentos restauradores com os tratamentos endodônticos, periodontais e protéticos, cujo objetivo é resolutividade e bom prognóstico do tratamento. Nesse sentido, é indicada:**

**A) Estudar as relações maxilomandibulares clinicamente, sem a necessidade da montagem dos modelos de estudo em articulador.**

**B) Realizar o enceramento diagnóstico para todos os casos.**

**C) Avaliar o suporte ósseo dos elementos dentários, pois os retentores diretos e indiretos não devem ser planejados em dentes que apresentem qualquer indício de perda óssea periodontal.**

**D) Avaliar as linhas equatoriais dos elementos dentários com o uso de delineadores.**

**E) Realizar as adequações técnicas do equador protético com a exclusiva finalidade de garantir o resultado estético.**

**Gabarito: D**

**Comentários: Comentários:**

**A alternativa A está incorreta**, pois as relações maxilomandibulares devem ser estudadas com os modelos montados no articulador semiajustável (ASA), a fim de se definir o melhor plano de tratamento.

**A alternativa B está incorreta**, pois o enceramento diagnóstico não é necessário para todos os casos, e sim para casos específicos.

**A alternativa C está incorreta**, pois em dentes com perda óssea periodontal devem ser avaliados sim o suporte ósseo dentário dos elementos nos quais se planeja instalar retentores diretos ou indiretos.

**A alternativa D está correta e é o gabarito da questão.** Os delineadores devem ser avaliados no planejamento reabilitador dos parcialmente edentados, a fim de se avaliar as linhas equatoriais dos elementos dentários.

**A alternativa E está incorreta.** Devem sim ser realizadas adequações técnicas do equador protético, mas isso não deve ser feito com finalidade exclusivamente estética.



20.(VUNESP/ PMCE - Academia Estadual de Segurança Pública do Ceará -AESP/ 2022) A elaboração do plano de tratamento em etapas, seguindo uma ordem lógica e eficiente para a resolutividade da terapêutica, independentemente da complexidade das necessidades de tratamento, auxilia a condução das diversas técnicas operatórias, sem perder o foco principal no controle e na manutenção da saúde bucal do paciente. Didaticamente, os tratamentos podem ser conduzidos em três fases. Assinale a alternativa correta de acordo com as premissas da clínica integrada.

A) A fase I tem como objetivo a eliminação e o controle de doenças bucais e a preservação da relação dos dentes e da saúde dos tecidos orais.

B) O planejamento da endodontia e da periodontia fazem parte da fase II que tem como objetivo a restauração ou substituição estética e funcional.

C) O planejamento ortodôntico faz parte da fase III de manutenção.

D) O planejamento protético faz parte da fase III.

E) É dividida em três fases, a primeira para o planejamento das urgências, a segunda para a adequação do meio bucal e a terceira para a reabilitação.

**Gabarito: A**

**Comentários:**

#### Fase I

- Eliminação e controle de doenças bucais e preservação da relação dos dentes e da saúde dos tecidos orais

#### • Fase II

- Restauração ou substituição estética e funcional

#### • Fase III

- Manutenção e controle do tratamento realizado



QUADRO 1.3 – GUIA PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO DE TRATAMENTO E PLANEJAMENTO EM CLÍNICA INTEGRADA

Fases	Objetivos gerais	Objetivos específicos
	Resolução das urgências	Controlar a dor Controlar infecções agudas Tratamento de traumatismos Estética
	Adequação do meio bucal	Controle de placa bacteriana Selamento de lesões ativas de cárie Procedimentos básicos (periodontia) Controle de dieta Uso de fluoretos e/ou outros agentes químicos Selamento de fôssulas e fissuras
Fase I	Avaliação do nível de saúde	Observação dos resultados obtidos
	Planejamento periodontal	Raspagem, alisamento, polimento coronorradicular e cirurgias periodontais
	Planejamento cirúrgico	Exodontias, cirurgias de rebordo, frenectomias, etc.
	Planejamento endodôntico	Polpa viva e/ou polpa morta (pulpectomia e/ou penetração desinfectante) Cirurgias paraendodônticas
	Planejamento oclusal	Restabelecimento das relações maxilomandibulares
	Avaliação do nível de saúde	Observação dos resultados obtidos
	Planejamento da reabilitação dos elementos dentários	Restaurações plásticas e próteses unitárias
Fase II	Planejamento ortodôntico	Pequenas movimentações dentárias
	Planejamento da reabilitação da oclusão	Próteses fixas, removíveis e totais
	Avaliação do nível de saúde	Observação dos resultados obtidos
Fase III	Manutenção	Consultas periódicas Exame clínico e/ou exame(s) complementar(es) Controle de higiene Profilaxia (fluoretos e/ou agentes químicos)

Fonte: Adaptado de Dianelis e colaboradores.<sup>7</sup>

Figura: Clínica Integrada (ABENO)

21.(FUNDATEC / Prefeitura de Capivari do Sul - RS - Odontólogo/2024) A elaboração do plano de tratamento é uma tarefa difícil, que pressupõe o diagnóstico mais preciso possível, além do conhecimento de todas as alternativas de tratamento e de seus prognósticos. Requer, ainda, a adequação de todas essas variáveis às condições físicas, emocionais e sociais do paciente. A antecipação da visualização do resultado final é alcançada pelo planejamento. Os procedimentos envolvidos no plano de tratamento escolhido deverão seguir uma sequência lógica e eficiente para que o tempo de tratamento, o gerenciamento de materiais e os resultados sejam otimizados. Didaticamente, os tratamentos poderão ser conduzidos em três fases, nas quais teremos objetivos gerais e específicos para cada uma delas. Relacione a Coluna 1 à Coluna 2, associando cada fase aos objetivos que a compõem.

### Coluna 1

1. Fase I.
2. Fase II.
3. Fase III.

### Coluna 2

- ( ) Planejamento da reabilitação dos elementos dentários.
- ( ) Planejamento endodôntico.



- ( ) Adequação do meio bucal.
- ( ) Manutenção.
- ( ) Planejamento ortodôntico.

A ordem correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é:

- A) 1 - 2 - 1 - 3 - 1.
- B) 2 - 1 - 1 - 3 - 2.
- C) 2 - 1 - 2 - 2 - 3.
- D) 1 - 3 - 2 - 1 - 3.
- E) 2 - 2 - 3 - 2 - 2.

**Gabarito: B**

**Comentários:**

Vamos entender o porquê dessa alternativa ser a correta e analisar as fases do planejamento odontológico mencionadas na questão:

Fase I: Adequação do meio bucal-Esta fase inicial é crítica, pois prepara o ambiente bucal para receber tratamentos subsequentes. Ela envolve a remoção de fatores que possam comprometer o sucesso do tratamento, como cáries, doenças periodontais e infecções. A resposta correta para "Adequação do meio bucal" é a Fase I.

Fase III: Reabilitação e Manutenção- A última fase envolve a reabilitação dos elementos dentários e a manutenção dos resultados obtidos. Esta fase assegura que o paciente tenha uma função bucal adequada e estética satisfatória. Aqui entram o "Planejamento da reabilitação dos elementos dentários" e a "Manutenção", que são respectivamente da Fase III e Fase II.

Fase II: Planos específicos de tratamento- Esta fase é responsável por realizar os tratamentos específicos necessários, como planejamento endodôntico e ortodôntico, que incluem tratamento de canais e correção de maloclusões, respectivamente. Por isso, "Planejamento endodôntico" e "Planejamento ortodôntico" estão na Fase II.

**22. (IMAM Concursos Públicos/ Prefeitura Municipal de Divinópolis -MG / 2022) A elaboração do plano de tratamento com a antecipação da visualização do resultado final é alcançada pelo planejamento. Essa difícil tarefa pressupõe o diagnóstico mais preciso possível, além do conhecimento de todas as alternativas de tratamento e seus prognósticos. Requer ainda a adequação de todas essas variáveis às condições físicas, emocionais e sociais do paciente. O plano de tratamento proposto deverá respeitar as condições sistêmicas do paciente, o que está diretamente relacionado com as contraindicações. Sobre o plano de tratamento odontológico analise as afirmativas a seguir:**

**I. Na primeira fase do plano de tratamento odontológico deve-se ter como principal meta o restabelecimento da estética, através de confecções de facetas e clareamento dental por exemplo.**

**II. Na Fase I do plano de tratamentos odontológicos deve-se realizar a eliminação e controle de doenças bucais e preservação da relação dos dentes e da saúde dos tecidos orais.**

87



III. A Fase III do plano de tratamento odontológico que é a fase de Manutenção e controle do tratamento realizado, é dispensável e não precisa ser feita.

Está CORRETO apenas o que se afirma em:

- A) I
- B) II
- C) III
- D) I e II

Gabarito: B

Comentários:

I- na primeira fase deve ocorrer eliminação e controle de doenças bucais e preservação da relação dos dentes e da saúde dos tecidos orais

III- a fase de manutenção é indispensável, sendo crucial para manter a saúde e a durabilidade dos procedimentos restauradores.

23.(FUNDEP/Prefeitura Municipal de Capivari do Sul -RS/ 2024) A elaboração do plano de tratamento é uma tarefa difícil, que pressupõe o diagnóstico mais preciso possível, além do conhecimento de todas as alternativas de tratamento e de seus prognósticos. Requer, ainda, a adequação de todas essas variáveis às condições físicas, emocionais e sociais do paciente. A antecipação da visualização do resultado final é alcançada pelo planejamento. Os procedimentos envolvidos no plano de tratamento escalonado deverão seguir uma sequência lógica e eficiente para que o tempo de tratamento, o gerenciamento de materiais e os resultados sejam otimizados. Didaticamente, os tratamentos poderão ser conduzidos em três fases, nas quais teremos objetivos gerais e específicos para cada uma delas. Relacione a Coluna 1 e a Coluna 2, associando cada fase aos objetivos que a compõem.

Coluna 1

1. Fase I
2. Fase II
3. Fase II

Coluna 2

- ( ) Planejamento de reabilitação dos elementos dentários.
- ( ) Planejamento endodôntico.
- ( ) Adequação do meio bucal.
- ( ) Manutenção.
- ( ) Planejamento ortodôntico.

- A) 1 - 2 - 1 - 3 - 1
- B) 2 - 1 - 1 - 3 - 2



- C) 2 – 1 – 2 – 3 – 2
- D) 1 – 3 – 2 – 1 – 2

**Gabarito: B**

**Comentários:**

Adequação do meio e planejamento endodôntico fazem parte da fase I

O planejamento da reabilitação e da ortodontia são da fase II.

A última fase II corresponde a etapa de manutenção.

**24. (Instituto Mais/Prefeitura Municipal de Guaraci-SP/2024) A cárie é uma das principais vilãs da saúde bucal, tanto pelos prejuízos à saúde dos dentes quanto pela sua presença na vida de milhares de pessoas. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 2,5 bilhões de pessoas têm cárie dentária, o que faz dela uma das doenças mais comuns do mundo. Sobre cariologia, analise as proposições abaixo e assinale (V) para Verdadeiro ou (F) para Falso.**

**( ) A lesão cariiosa 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 de cárie. Esse processo é influenciado por muitos fatores determinantes, e o que faz da cárie dentária uma doença multifatorial.**

**( ) Considera-se, hoje, que os estágios anteriores da doença antes da cavidade podem ser revertidos por ações de promoção à saúde e prevenção. Portanto, somente o tratamento restaurador da cavidade de cárie não garante o controle do processo da doença, sendo necessário intervir também sobre as suas determinantes para prevenção de novas lesões e recidivas nas restaurações.**

**( ) O tratamento da doença cárie ativa tem como objetivo restabelecer o equilíbrio entre os processos de desmineralização e remineralização das estruturas dentárias, paralisar ou reduzir a progressão das lesões, e promover a restauração/reabilitação quando necessário. Um dos tratamentos individualizados é a adequação do meio bucal, compreendendo: remoção de placa, remoção da dentina cariada e selamento das cavidades com material provisório (ionômero de vidro ou cimento modificado) e remoção de outros fatores retentivos de placa como restos radiculares e cálculos.**

**Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta:**

- A) V / V / V
- B) V / F / V
- C) F / V / F



D) V / V / F

**Comentários:**

Todas as afirmativas estão corretas, **gabarito letra A.**

Apenas um comentário: Sabemos que a cárie dentária tem como agentes etiológicos as bactérias do grupo estreptococos, sendo o representante mais prevalente e patogênico o *S. mutans*, mas hoje em dia considera-se também a existência de outros micro-organismos como, por exemplo a *Candida*.

**25. (CADAR/ODONTOLOGIA/2021) Um dos pontos mais críticos no tratamento protético dos pacientes idosos é a correta avaliação das variáveis que envolvem o plano de tratamento. Dos fatores citados abaixo, qual pode ser considerado impeditivo na reabilitação com próteses?**

- A) Expectativa de vida.
- B) Destreza manual e condição neuromuscular.
- C) Necessidades estéticas pessoais e familiares.
- D) Estado da dentição e critérios mastigatórios.

**Comentários:**

Existem diversos fatores a serem considerados na reabilitação com próteses, os quais irão determinar a **indicação ou a contra-indicação dessas.**

**A alternativa A está incorreta.** A expectativa de vida não constitui um fator impeditivo para a reabilitação com próteses. Na realidade, a reabilitação influencia positivamente a expectativa de vida, pois melhoram a qualidade de vida do paciente.

**A alternativa B está correta e é o gabarito da questão.** A destreza manual e a condição neuromuscular do paciente constituem fatores impeditivos para a reabilitação com próteses, uma vez que o paciente não consegue realizar uma **higienização adequada das peças**, além de **não conseguir manuseá-las (inserção e remoção)**. Além disso, podem ocorrer **lesões na cavidade oral e engasgos acidentais e adaptação do paciente à utilização das peças** também é mais difícil.

**A alternativa C está incorreta**, pois necessidades estéticas pessoais e familiares são supridas com a reabilitação protética.

**A alternativa D está incorreta.** O estado da dentição e os critérios mastigatórios são fatores avaliados no momento do planejamento da reabilitação, mas não constituem fatores impeditivos.

**26. (CADAR/ODONTOLOGIA/2021) No plano de tratamento integrado, uma ordem de execução deve ser seguida antes da fase de reabilitação com prótese.**

- (1º) Exodontia.
- (2º) Endodontia.
- (3º) Periodontia.
- (4º) Motivação para higiene bucal.



A ordem correta para este planejamento é

- A) (1º), (2º), (3º), (4º).
- B) (1º), (3º), (4º), (2º).
- C) (2º), (4º), (3º), (1º).
- D) (4º), (3º), (1º), (2º)

#### Comentários:

Coruja, devemos nos lembrar sempre que a reabilitação com próteses deve ser a última etapa após todos os procedimentos básicos. Logo, de acordo com os itens abordados pelo enunciado, deveria ser seguida a seguinte sequência: **motivação para a higiene bucal, periodontia, exodontia e, por fim, endodontia.**

Logo, a sequência correta é **4,3,1,2** e o gabarito é a alternativa **D**.

**27. (Instituto Vicente Nelson/Prefeitura Municipal de Estreito - MA/ 2022) Em meio à atribuída rotina clínica a que são submetidos os Cirurgiões-Dentistas, a manutenção de toda documentação referente ao atendimento executado nos pacientes reveste-se de aspectos éticos e legais, cujo conhecimento é obrigatório por todos os que exercem a Odontologia. Sobre o assunto, analise as proposições a seguir:**

**I. É indiscutível a importância dos registros odontológicos, por constituírem prova documental diante de pacientes insatisfeitos, que não hesitam em recorrer aos Conselhos Regionais de Odontologia, ou até mesmo à justiça.**

**II. A Ficha Clínica é o documento onde o Cirurgião-Dentista anota os dados referentes à identificação do paciente, sua história médica e odontológica, atuais e pregressas, as informações colhidas no exame clínico que nortearão seu diagnóstico e plano de tratamento, e a descrição da sequência minuciosa dos procedimentos clínico-cirúrgicos realizados.**

**III. A anamnese deve ser dirigida, ou seja, o profissional deve conduzir as questões deixando que o paciente relate livre e espontaneamente suas queixas ao profissional.**

**IV. A posse do prontuário é do paciente e sua guarda deve ficar a cargo do profissional, sendo este último o encarregado de produzir tais documentos.**

É correto afirmar:

- A) Nenhuma proposição é verdadeira.
- B) Apenas uma proposição é verdadeira.
- C) Duas proposições são falsas.
- D) Três proposições são verdadeiras.

#### Comentários:



Apesar de todas estarem corretas e o **gabarito ser a letra D**, gostaria de ressaltar que a anamnese dirigida se torna mais adequada para aqueles pacientes prolixos (que falam demais), mas devemos ter cuidado ao perguntar ou realizar algum comentário, de não induzir as respostas do paciente.

**28.(Instituto Consulplan/Prefeitura Municipal de Caeté -MG/ 2022) Determinado cirurgião-dentista necessita realizar uma restauração nas faces oclusal e distal do primeiro pré-molar superior direito. Ao remover o tecido cariado percebeu que, na face distal, o término da cavidade estava subgingival e a distância até o osso era de 1 mm. Considerando a situação hipotética, qual o melhor plano de tratamento?**

- A) Gengivectomia.
- B) Cirurgia a retalho sem osteotomia.
- C) Cirurgia a retalho com osteotomia.
- D) Procedimentos periodontais básicos.

**Gabarito: C**

**Comentários:**

Observe que temos a distância de 1mm, indicando a invasão do espaço biológico é necessário realizar osteotomia (redução da altura óssea), visto que o contorno gengival obedece à arquitetura óssea subjacente e o limite da restauração precisa ter uma distância para não prejudicar os tecidos periodontais. A opção de tratamento para aumento de coroa clínica em caso de invasão do espaço biológico e por métodos cirúrgicos é a cirurgia a retalho com osteotomia, que preconiza a remoção de tecido ósseo para se chegar aos 3 mm entre a crista óssea alveolar e o limite dente-restauração.

**29.(Instituto Consulplan/PMRN/2022) O trabalho com Prótese Parcial Removível (PPR) pode ser dividido em fases, de forma conceitual. Considere as etapas que ocorrem no tratamento:**

1. Instalação inicial, ajustes aos contornos e às superfícies de apoio das selas.
2. Plano de tratamento.
3. Consulta de revisão para a avaliação periódica das respostas do tecido oral às restaurações.
4. Provisão de suporte adequado para a sela da prótese de extremidade livre.
5. Diagnóstico.
6. Estabelecimento e verificação das relações oclusais e relações dentárias entre os dentes naturais opostos e remanescentes.

**Assinale a sequência CORRETA de eventos, considerando a ordem que deve ocorrer do início ao fim do tratamento com PPR.**

7. A) 5, 4, 2, 6, 3, 1.
- B) 5, 2, 6, 3, 1.
- C) 5, 2, 4, 6, 1, 3.
- D) 4, 5, 2, 1, 6, 3.
- E) 5, 2, 1, 4, 3.



### Gabarito: letra C

O trabalho com prótese parcial removível é um processo complexo que envolve várias etapas. O diagnóstico e a elaboração do plano de tratamento são essenciais para a correta indicação da PPR. Em seguida, é necessário estabelecer e verificar as relações oclusais e dentárias, para que a prótese seja compatível com os dentes naturais remanescentes e opostos. A provisão de suporte adequado para a sela da prótese e a instalação inicial, ajustes e avaliações periódicas são fases subsequentes.

30.(FUMARC /Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região/Odontopediatria/2022) O diagnóstico da doença cárie, apesar de corriqueiro na vida clínica de um cirurgião dentista, demanda conhecimentos prévios, exame clínico minucioso e treinamento. Uma boa conduta clínica depende de vários fatores como corretos diagnóstico, plano de tratamento e fatores ligados ao paciente também devem ser considerados. Sendo assim, afirma-se:

- I. O estado motivacional do paciente e sua família não interferem em tomadas de decisões clínicas, bem como no cálculo de seu retorno e controle periódico.
- II. Em crianças pré-escolares, a amamentação por mais de 12 meses e em alta frequência não é fator de risco à cárie dentária, devido aos benefícios do leite materno.
- III. O paciente maior de 5 anos, com experiência anterior da doença cárie, apresenta maior risco de apresentar novas lesões cariosas.

Está CORRETO apenas o que se afirma em:

- A) I e II
- B) I e III
- C) II e III
- D) II
- E) III

### Comentários:

**A afirmativa I está incorreta.** O estado motivacional do paciente e sua família interferem em tomadas de decisões clínicas, bem como no cálculo de seu retorno e controle periódico. Sabemos que é importante a adesão do paciente e, em caso de menor idade, dos responsáveis.

**A afirmativa II está incorreta.** Apesar dos benefícios do leite materno, em crianças pré-escolares, a amamentação por mais de 12 meses e em alta frequência é fator de risco à cárie dentária.

### Gabarito: E

31.(IMAM/Prefeitura Municipal de Divinópolis/Odontopediatria/2022) *"Em Odontologia, o plano de tratamento deve ser realizado para ampliar a possibilidade de sucesso terapêutico, aumentar a comodidade do paciente e melhorar a segurança do profissional. Este planejamento deve ser feito baseado em fatores, psicológicos e técnicos. Além disso deve ser individualizado, integral, passível de modificações e deve seguir uma sequência lógica."* Para o sucesso do



tratamento, é necessário que o plano seja realizado baseado em uma ordem de procedimentos, que para uma melhor didática, é dividido em quatro fases:

1. Emergência.
2. Fase de reequilíbrio bucal (adequação do meio bucal).
3. Fase restauradora e corretiva.
4. Fase de manutenção de saúde.

De acordo com essa sequência lógica de tratamento odontológico, o tratamento endodôntico de um dente 46 sem dor espontânea deve ser realizado na fase:

- A) De emergência.
- B) De reequilíbrio bucal.
- C) Restauradora e corretiva.
- D) De manutenção de saúde

**Comentários:**

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

O tratamento endodôntico na fase "sem dor", deve ser realizado na fase de reequilíbrio/readequação bucal.

**32. (IDIB/Prefeitura Municipal de Ocara-CE/2022) O diagnóstico da doença cárie é um fator essencial para a elaboração de um plano de tratamento abrangente. Sobre o processo de visualização e classificação diferencial de lesões de cárie sem cavidade ativas e inativas, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo:**

- Primeiramente deve-se executar a remoção profissional do biofilme dental.
- Para a correta visualização e classificação é de fundamental importância que as superfícies dentárias estejam limpas, secas e sejam bem iluminadas.
- Em lesões inativas e sem cavidade a inspeção visual mostra uma superfície lisa e brilhante.
- Nas lesões ativas sem cavidade em dentina, observar-se-á tecido com coloração amarelada, amolecido e úmido.

**Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta:**

- A) V - V - V - F
- B) V - V - F - F
- C) V - V - V - V
- D) V - F - V - F

**Comentários:**

Primeiramente, lesões sem cavidade referem-se às lesões em esmalte. Com cavitação, já temos exposição de dentina. Veja no quadro abaixo os aspectos das lesões:



<b>CLASSIFICAÇÃO E PARÂMETROS DE DIAGNÓSTICO DAS LESÕES EM ESMALTE E DENTINA RELACIONADOS AO STATUS DE ATIVIDADE</b>			
<b>Parâmetros de diagnóstico</b>	<b>Classificação</b>	<b>Esmalte</b>	<b>Dentina</b>
<b>Textura</b>	Hígido	Sup. lisa	Dura
	Lesão ativa	Sup. rugosa	Amolecida, coriácea, úmida
	Lesão inativa	Sup.lisa	Dura, seca
<b>Brilho</b>	Lesão ativa	Opaca	Opaca
	Lesão inativa	Brilhante	Brilhante
<b>Cor*</b>	Hígido	Translúcido	Amarelado
	Lesão ativa	Branca/Amarelada	Geralmente amarelo escuro/marrom claro
	Lesão inativa	Branca/Amarelada Marrom escurecido/preto	Geralmente marrom escurecido/preto

### Gabarito letra A

33.(FCC/ 18ª Região- GO/ Analista Judiciário / 2023) I. Para produzir um diagnóstico adequado da oclusão dental e delinear um plano de tratamento resolutivo, é indispensável avaliar as relações maxilomandibulares, tanto estáticas quanto dinâmicas,

### PORQUE

II. se essas relações violam o conceito de oclusão ideal, a correção será necessária, embora se houver dentição completa e ausência de enfermidades bucais, a correção, apenas como procedimento profilático, seja dispensável.

É correto afirmar:

- A) A primeira afirmação é correta, mas a segunda afirmação não.
- B) A primeira e a segunda afirmações são corretas e a segunda justifica a primeira.
- C) A primeira e a segunda afirmações são corretas, mas a segunda não justifica a primeira.



- D) A segunda afirmação é correta, mas a primeira não.  
E) A primeira e a segunda afirmações são incorretas.

### **Gabarito: B**

**Comentários:** A avaliação das relações maxilomandibulares é realmente crucial para um diagnóstico adequado e um plano de tratamento eficaz. Isso porque essas relações influenciam diretamente na função mastigatória, na saúde periodontal e na harmonia estética. A segunda afirmação justifica a primeira ao explicar que, caso as relações maxilomandibulares estejam fora do conceito de oclusão ideal, a correção é necessária. No entanto, se os dentes estão completos e saudáveis, a correção profilática (preventiva) deve ser dispensável, só realiza ajuste oclusal em condições específicas. Isso reforça a necessidade de avaliar as relações maxilomandibulares para decidir se a correção é necessária ou não.

**34.(Avançar SP/Prefeitura Municipal de São Miguel Arcanjo- SP/2023) Para que tenhamos um exame clínico mais completo e detalhado possível, é necessário que se criem pontes de confiança entre o profissional e o paciente. A anamnese é de suma importância para um bom diagnóstico e plano de tratamento. Constitui partes de uma anamnese, EXCETO:**

- A) Identificação.
- B) Odontograma.
- C) Queixa principal.
- D) História da doença atual.
- E) Antecedentes familiares.

### **Comentários:**

**A banca deu como gabarito a letra B.**

Entendo que ela considerou as partes que compõem a anamnese, no entanto a avaliação do risco de cárie também compõe parte da anamnese e evolução do prontuário clínico, podendo ser realizada de forma simples (ex: existe ou não fator de risco - consumo frequente de sacarose) ou através do cariograma (um software).

**35.(IBAM/Prefeitura Municipal Indaial-SC/2023) O diagnóstico clínico é decisivo para a definição do plano de tratamento em endodontia. Considere um caso caracterizado por resposta dolorosa acentuada ao estímulo frio e ao calor comparada aos dentes vizinhos e contralaterais, que cessa rapidamente com a interrupção do estímulo, não havendo relato de dor espontânea. O dente recebeu uma restauração nova recentemente. Não apresenta imagem radiográfica significativa. Este caso sugere a ocorrência de:**

- A) Polpa normal.
- B) Polpa necrosada.
- C) Pulpite reversível.
- D) Pulpite irreversível.

### **Comentários:**



**A alternativa C está correta e é o gabarito da questão.**

A questão trata de dor provocada, que cessa com a remoção do estímulo e que obteve melhora com a troca de restauração. Portanto, se trata de pulpite reversível.

**36.(Avança SP/Instituição: Fundação Municipal de Saúde de São Carlos-SP/2023) Diagnóstico é, pois, a fase do ato clínico que permite determinar a natureza do problema. Reveste-se da mais alta importância, uma vez que conduz à indicação do tratamento adequado. Moyers distingue e define com precisão os termos:**

1. Exame de rotina.
2. Diagnóstico.
3. Classificação.
4. Plano de tratamento.
5. Tratamento.

É a estratégia utilizada para solucionar o problema da anormalidade detectada.

É o procedimento que permite obter dados iniciais para formulação do diagnóstico.

É o agrupamento de casos afins com características semelhantes.

Movimento em que a estratégia é traduzida em termos biomecânicos, preservando-se uma mecanoterapia específica.

É o estudo e interpretação de dados relativos ao problema clínico, com a proposta de determinar a presença ou ausência de anormalidade.

**Marque a alternativa que sequencia corretamente os termos e o seu descritivo:**

- A) 4 - 1 - 3 - 5 - 2
- B) 5 - 4 - 3 - 1 - 2
- C) 3 - 1 - 4 - 5 - 2
- D) 4 - 2 - 3 - 5 - 1

**Comentários:**

Questão relativamente fácil que poderíamos acertar por exclusão.

(4) É a estratégia utilizada para solucionar o problema da anormalidade detectada.

(1) É o procedimento que permite obter dados iniciais para formulação do diagnóstico.

(3) É o agrupamento de casos afins com características semelhantes.

(5) Movimento em que a estratégia é traduzida em termos biomecânicos, preservando-se uma mecanoterapia específica.

(2) É o estudo e interpretação de dados relativos ao problema clínico, com a proposta de determinar a presença ou ausência de anormalidade.

**Gabarito letra A**



**37.(SELECON/Prefeitura Municipal de Primavera do Leste-MT/2023) Em relação à escolha do material de exame clínico e ao plano de tratamento, nas lesões de mancha branca ativa, o profissional deve usar materiais:**

- A) Adequados, como sonda exploradora de ponta romba e não afiada para percepção da rugosidade do esmalte e realizar fluoroterapia**
- B) Adequados, como sonda exploradora de ponta romba ou afiada para percepção da rugosidade do esmalte e realizar fluoroterapia**
- C) Adequados, como sonda de ponta afiada para percepção da rugosidade do esmalte e realizar fluoroterapia**
- D) Novos e afiados para a correta percepção da rugosidade do esmalte e indicar dentifrício fluoretado**

#### **Comentários:**

Lembre-se que a sonda exploradora de ponta romba, não afiada, deve ser usada única e exclusivamente com o objetivo de remover a placa e avaliar a rugosidade superficial. Pois ao usarmos a sonda afiada com a finalidade de explorar possíveis cavidades poderemos provocar a ruptura da superfície (lembre-se da parte de histologia - zona superficial mais mineralizada e corpo da lesão).

"A sonda serve a dois propósitos: remover o biofilme (usando a lateral da sonda) para verificar os sinais de desmineralização e a ruptura da superfície, e para "sentir" a textura da superfície da lesão." (Fejerskov & Kidd, 2021)

"A lesão de cárie sem cavidade apresenta a zona interna mais desmineralizada do que a zona superficial." (Maltz, ABENO).

#### **Gabarito letra A**

**38 - (FAUEL/Prefeitura Municipal de Maringá-PR/2024) Uma paciente de 35 anos procurou o consultório odontológico com queixa de sensibilidade dentinária e insatisfação estética na região anterior superior. Ao exame clínico, observou-se a presença de lesões cervicais não cáries nos dentes 11, 12, 21 e 22, com exposição da dentina e recessão gengival. A paciente relatou uso de escova dental de cerdas duras e pasta dental abrasiva, além de consumir frequentemente bebidas ácidas. Qual seria o plano de tratamento mais adequado?**

- A) Realizar profilaxia e aplicação tópica de flúor, orientar sobre hábitos alimentares e de higiene oral, prescrever agentes dessensibilizantes e realizar restaurações adesivas com resina composta nas lesões cervicais.**
- B) Realizar raspagem e alisamento radicular, orientar sobre hábitos alimentares e de higiene oral, prescrever agentes dessensibilizantes e realizar cirurgia plástica periodontal.**
- C) Realizar preparos cavitários nas lesões cervicais e restaurações indiretas.**
- D) Realizar clareamento dental e facetas laminadas.**

#### **Gabarito:A**

#### **Comentários:**



Podemos revisar o conceito de profilaxia básica que contempla ações de:

- Informações sobre doenças bucais;
- Instrução sobre higiene bucal;
- Informações sobre dieta;
- Flúor na água e no dentifrício fluoretado

A profilaxia básica é indicada para paciente sem lesões de cárie ativas. Nessa abordagem, o paciente recebe as informações básicas que todos os indivíduos devem receber no que concerne às doenças bucais: instrução sobre higiene bucal, informações sobre dieta e flúor.

Lembre-se que em questões que trazem sintomatologia dolorosa é necessário inicialmente tratar com agentes dessensibilizantes para posteriormente realizar restaurações. Procedimentos restauradores devem ser indicados com perda estrutural acima de 1mm de profundidade.

**39- (QUADRIX/Conselho Federal de Odontologia-CFO/2024) Um homem de 56 anos de idade buscou atendimento em uma clínica odontológica de seu bairro, com queixa e insatisfação com a estética dos seus dentes, assim como a pouca disponibilidade financeira para efetuar um tratamento. No exame clínico, observaram-se múltiplas necessidades, incluindo extensas lesões de cárie, desgastes dentários e periodontite. Com base nessa situação hipotética, julgue os itens a seguir.**

**I – A abordagem ética e humanística inclui respeitar a autonomia do paciente, mas o cirurgião-dentista deve orientá-lo sobre a importância de tratar as condições que comprometem a saúde bucal antes das questões estéticas.**

**II – O cirurgião-dentista deve priorizar o tratamento da cárie e da doença periodontal antes do manejo dos desgastes das superfícies dentárias, pois essas condições apresentam relação direta com a saúde e com a função do sistema estomatognático.**

**III – O cirurgião-dentista deve iniciar o plano de tratamento pelas restaurações das cavidades de cárie e pelos desgastes das superfícies dentárias, com o objetivo de melhorar a estética e, assim, elevar a autoestima e a motivação do paciente quanto aos cuidados com a higiene bucal.**

**IV – A fixação dos honorários profissionais para a execução do plano de tratamento considera, entre outros fatores, o conceito do profissional e o costume do lugar. Constitui infração ética propor ajuste de honorários em função da condição financeira do paciente ou por falta de cooperação durante o tratamento.**

**Assinale a alternativa correta:**

- A) Somente os itens I e II estão certos.**
- B) Somente os itens I e III estão certos.**
- C) Somente os itens II e III estão certos.**



- D) Somente os itens I e IV estão certos.**
- E) Somente os itens III e IV estão certos.**

**Comentários:**

O tratamento deve priorizar a adequação da cavidade bucal e, posteriormente, a reabilitação estética.

Art. 19. Na fixação dos honorários profissionais, serão considerados:

I - Condição socioeconômica do paciente e da comunidade;

II- o conceito do profissional;

III- o costume do lugar;

IV- a complexidade do caso;

V- o tempo utilizado no atendimento;

Não constitui infração considerar a condição socioeconômica do paciente e entende-se cooperação dentro da complexidade do caso e tempo utilizado.

**Gabarito letra A**



## 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.

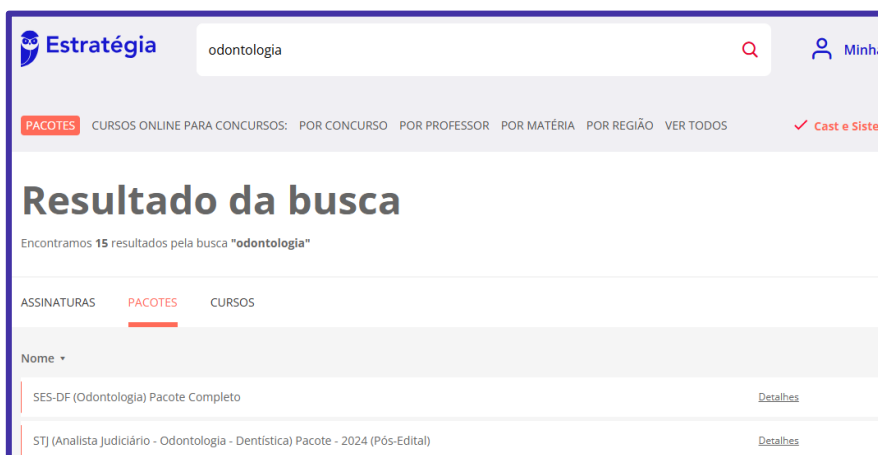
Se você ainda não é aluno coruja, te convidamos a conhecer os nossos cursos!



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** - nomeada nas prefeituras Municipais de Alvorada (2022) e Cachoeirinha (2023), Canoas (2023,) - RS.

**Professora Raquel Cardoso** - aprovada em 1º lugar na especialidade de Prótese Dentária no concurso da PMDF de 2023.

**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\_  
@prof.raquelcardososs

**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.