

## **Aula 00 - Prof. Larissa**

*EBSERH (Cirurgião - Dentista)*

*Conhecimentos Específicos*

Autor:

**Cássia Reginato, Larissa Oliveira**

**Ramos Silva, Mirela Sangoi**

**Barreto, Raquel Cardoso, Renata**

**Pereira de Sousa Barbosa,**

**Stefania Maria Bernardi Possamai**

23 de Julho de 2025

**Marques**

## APRESENTAÇÃO

Olá, **Corujas!**

Tudo bem? 😊

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

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



### PROVA MPU - FGV 2025

| CONTEÚDO                                                 | NÚMERO DE QUESTÕES | PORCENTAGEM NA PROVA ESPECÍFICA |
|----------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------|
| Patologia                                                | 13                 | 16,25%                          |
| Cirurgia                                                 | 9                  | 11,25%                          |
| Atendimento a pacientes sistemicamente comprometidos     | 7                  | 8,75%                           |
| Radiologia                                               | 5                  | 6,25%                           |
| Farmacologia                                             | 4                  | 5%                              |
| Infecções odontogênicas                                  | 4                  | 5%                              |
| Anestesiologia                                           | 4                  | 5%                              |
| Biossegurança                                            | 4                  | 5%                              |
| Cariologia                                               | 3                  | 3,75%                           |
| Profilaxia antibiótica                                   | 3                  | 3,75%                           |
| Emergências odontológicas                                | 3                  | 3,75%                           |
| Odontologia Hospitalar                                   | 3                  | 3,75%                           |
| Anatomia                                                 | 3                  | 3,75%                           |
| Endodontia                                               | 2                  | 2,5%                            |
| DTM                                                      | 2                  | 2,5%                            |
| Código de ética                                          | 2                  | 2,5%                            |
| Traumatologia dentoalveolar                              | 2                  | 2,5%                            |
| Proteção do complexo dentinopulpar e lesões não cariosas | 2                  | 2,5%                            |



|                                                  |   |       |
|--------------------------------------------------|---|-------|
| Prótese                                          | 1 | 1,25% |
| Implantodontia                                   | 1 | 1,25% |
| Saúde coletiva                                   | 1 | 1,25% |
| Odontogeriatrica                                 | 1 | 1,25% |
| Inter-relação saúde oral e doença cardiovascular | 1 | 1,25% |

## PROVA EBSE RH ENARE - FGV 2024

| CONTEÚDO                                                 | NÚMERO DE QUESTÕES | PORCENTAGEM NA PROVA ESPECÍFICA |
|----------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------|
| Patologia                                                | 13                 | 16,25%                          |
| Cirurgia                                                 | 9                  | 11,25%                          |
| Atendimento a pacientes sistemicamente comprometidos     | 7                  | 8,75%                           |
| Radiologia                                               | 5                  | 6,25%                           |
| Farmacologia                                             | 4                  | 5%                              |
| Infecções odontogênicas                                  | 4                  | 5%                              |
| Anestesiologia                                           | 4                  | 5%                              |
| Biossegurança                                            | 4                  | 5%                              |
| Cariologia                                               | 3                  | 3,75%                           |
| Profilaxia antibiótica                                   | 3                  | 3,75%                           |
| Emergências odontológicas                                | 3                  | 3,75%                           |
| Odontologia Hospitalar                                   | 3                  | 3,75%                           |
| Anatomia                                                 | 3                  | 3,75%                           |
| Endodontia                                               | 2                  | 2,5%                            |
| DTM                                                      | 2                  | 2,5%                            |
| Código de ética                                          | 2                  | 2,5%                            |
| Traumatologia dentoalveolar                              | 2                  | 2,5%                            |
| Proteção do complexo dentinopulpar e lesões não cariosas | 2                  | 2,5%                            |
| Prótese                                                  | 1                  | 1,25%                           |
| Implantodontia                                           | 1                  | 1,25%                           |
| Saúde coletiva                                           | 1                  | 1,25%                           |
| Odontogeriatrica                                         | 1                  | 1,25%                           |
| Inter-relação saúde oral e doença cardiovascular         | 1                  | 1,25%                           |



## PROVA TRF1 - FGV 2024

| CONTEÚDO                  | NÚMERO DE QUESTÕES | PORCENTAGEM NA PROVA ESPECÍFICA |
|---------------------------|--------------------|---------------------------------|
| Patologia                 | 5                  | 12,5%                           |
| Cariologia e Flúor        | 4                  | 10%                             |
| Dentística                | 3                  | 7,5%                            |
| Farmacologia              | 3                  | 7,5%                            |
| Odontopediatria           | 3                  | 7,5%                            |
| DTM e Oclusão             | 2                  | 5%                              |
| Endodontia                | 2                  | 5%                              |
| Anestesiologia            | 2                  | 5%                              |
| Saúde coletiva            | 2                  | 5%                              |
| Traumatismo dentoalveolar | 2                  | 5%                              |
| Prótese                   | 2                  | 5%                              |
| Periodontia               | 2                  | 5%                              |
| Materiais dentários       | 2                  | 5%                              |
| Laserterapia              | 1                  | 2,5%                            |
| Código de ética           | 1                  | 2,5%                            |
| Cirurgia                  | 1                  | 2,5%                            |
| Biossegurança             | 1                  | 2,5%                            |
| Infecções odontogênicas   | 1                  | 2,5%                            |
| Radiologia                | 1                  | 2,5%                            |

## PROVA SES-MT CD - FGV 2024

| CONTEÚDO            | NÚMERO DE QUESTÕES | PORCENTAGEM NA PROVA ESPECÍFICA |
|---------------------|--------------------|---------------------------------|
| Periodontia         | 6                  | 17,64%                          |
| Saúde coletiva      | 5                  | 14,70%                          |
| Farmacologia        | 4                  | 11,76%                          |
| Materiais dentários | 4                  | 11,76%                          |
| Cariologia          | 3                  | 8,82%                           |
| Semiologia          | 2                  | 5,88%                           |
| Endodontia          | 1                  | 2,94%                           |
| Endodontia          | 1                  | 2,94%                           |
| Dentística          | 1                  | 2,94%                           |
| Odontopediatria     | 1                  | 2,94%                           |
| Cirurgia            | 1                  | 2,94%                           |
| Biossegurança       | 1                  | 2,94%                           |
| Código de ética     | 1                  | 2,94%                           |



|               |   |       |
|---------------|---|-------|
| Epidemiologia | 1 | 2,94% |
|---------------|---|-------|



**A prova do MPU (2025) teve um perfil muito diferente das últimas provas realizadas pela banca:**

a banca se manteve cobrando assuntos recorrentes como cariologia, biossegurança, farmacologia, anestesiologia. No entanto, **cobrou assuntos em profundidade de especialista, como Odontopediatria, Endodontia.**

*Você encontrará mais detalhes sobre os conteúdos mais cobrados no nosso curso. Possuímos todas as últimas provas realizadas pela banca comentadas em videoaula e nos PDFs.*

Estamos aqui para direcionar o seu estudo de forma certa.

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

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



## CRONOGRAMA DE AULAS DO CURSO

Aqui você confere o cronograma de postagem de aulas do nosso curso.



**Lembrando que ele pode estar sujeito a alterações a depender de retificações e atualizações no seu edital.**

| AULAS   | TÓPICOS ABORDADOS                                   | Professora | DATA  |
|---------|-----------------------------------------------------|------------|-------|
| Aula 00 | RX FGV                                              | LARISSA    | 24/07 |
| Aula 01 | RADIOLOGIA I                                        | LARISSA    | 24/07 |
| Aula 02 | RADIOLOGIA II                                       | LARISSA    | 24/07 |
| Aula 03 | RADIOLOGIA III                                      | LARISSA    | 24/07 |
| Aula 04 | BIOSSEGURANÇA                                       | CASSIA     | 24/07 |
| Aula 05 | MATERIAIS DENTÁRIOS                                 | MIRELA     | 24/07 |
| Aula 06 | ÉTICA ODONTOLÓGICA                                  | CASSIA     | 24/07 |
| Aula 07 | PERIODONTIA I                                       | STEFANIA   | 28/07 |
| Aula 08 | PERIODONTIA II                                      | STEFANIA   | 28/07 |
| Aula 09 | PERIODONTIA III                                     | STEFANIA   | 28/07 |
| Aula 10 | PERIODONTIA IV                                      | STEFANIA   | 28/07 |
| Aula 11 | PERIODONTIA V                                       | STEFANIA   | 28/07 |
| Aula 12 | SEMILOGIA                                           | CASSIA     | 29/07 |
| Aula 13 | ABORDAGEM DE PACIENTES SISTEMICAMENTE COMPROMETIDOS | LARISSA    | 29/07 |
| Aula 14 | PACIENTES PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS      | MIRELA     | 29/07 |
| Aula 15 | PATOLOGIA I                                         | CASSIA     | 30/07 |
| Aula 16 | PATOLOGIA II                                        | CASSIA     | 30/07 |
| Aula 17 | PATOLOGIA III                                       | CASSIA     | 05/08 |
| Aula 18 | PATOLOGIA IV                                        | CASSIA     | 05/08 |
| Aula 19 | PATOLOGIA V                                         | CASSIA     | 05/08 |
| Aula 20 | DENTÍSTICA I                                        | RENATA     | 12/08 |
| Aula 21 | DENTÍSTICA II                                       | RENATA     | 12/08 |
| Aula 22 | DENTÍSTICA III                                      | RENATA     | 12/08 |
| Aula 23 | DENTÍSTICA IV                                       | RENATA     | 12/08 |
| Aula 24 | ODONTOPEDIATRIA I                                   | CASSIA     | 13/08 |



|                |                                           |         |       |
|----------------|-------------------------------------------|---------|-------|
| <b>Aula 25</b> | <b>ODONTOPEDIATRIA II</b>                 | CASSIA  | 19/08 |
| <b>Aula 26</b> | <b>ODONTOPEDIATRIA III</b>                | CASSIA  | 26/08 |
| <b>Aula 27</b> | <b>FARMACOLOGIA I</b>                     | MIRELA  | 29/08 |
| <b>Aula 28</b> | <b>FARMACOLOGIA II</b>                    | MIRELA  | 03/09 |
| <b>Aula 29</b> | <b>TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR</b>          | MIRELA  | 06/09 |
| <b>Aula 30</b> | <b>PRÓTESE I</b>                          | RAQUEL  | 09/09 |
| <b>Aula 31</b> | <b>PRÓTESE II</b>                         | RAQUEL  | 16/09 |
| <b>Aula 32</b> | <b>PRÓTESE III</b>                        | RAQUEL  | 19/09 |
| <b>Aula 33</b> | <b>ANESTESIOLOGIA I</b>                   | MIRELA  | 24/09 |
| <b>Aula 34</b> | <b>ANESTESIOLOGIA II</b>                  | MIRELA  | 30/09 |
| <b>Aula 35</b> | <b>ENDODONTIA I</b>                       | MIRELA  | 07/10 |
| <b>Aula 36</b> | <b>ENDODONTIA II</b>                      | MIRELA  | 14/10 |
| <b>Aula 37</b> | <b>CARIOLOGIA I</b>                       | CASSIA  | 17/10 |
| <b>Aula 38</b> | <b>CARIOLOGIA II</b>                      | CASSIA  | 22/10 |
| <b>Aula 39</b> | <b>CARIOLOGIA III</b>                     | CASSIA  | 28/10 |
| <b>Aula 40</b> | <b>SAÚDE COLETIVA I</b>                   | RENATA  | 04/11 |
| <b>Aula 41</b> | <b>SAÚDE COLETIVA II</b>                  | RENATA  | 11/11 |
| <b>Aula 42</b> | <b>EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM ODONTOLOGIA</b> | MIRELA  | 18/11 |
| <b>Aula 43</b> | <b>CIRURGIA I</b>                         | LARISSA | 26/11 |
| <b>Aula 44</b> | <b>CIRURGIA II</b>                        | LARISSA | 26/11 |



## CORUJINHA APROVADA!



### CORUJA APROVADA

**VEJA O DEPOIMENTO DE QUEM ESTUDOU COM A CORUJA E FOI APROVADO EM CERTAMES ORGANIZADOS PELA BANCA!**



#### ***Philipe Moraes - Aprovado TRF1, TSE Unificado, STJ, PMDF***

*"O Estratégia foi essencial na minha preparação. As professoras sempre solícitas. Me tornei assinante vitalício. Estudei através dos PDFs, videoaulas nos assuntos que tinha mais dificuldades e através dos meus resumos.*

*Tem várias outras formas de ver a matéria, de revisar, de fazer questão, que pode ser o seu — que pode ser o que você está precisando para melhorar o seu desempenho.*

*Às vezes, uma questão... Eu fiquei na frente do segundo lugar do TRF por uma questão.*

*Foi uma questão que me tirou de segundo, terceiro lugar, para primeiro lugar. Às vezes, é aquela questão. E, às vezes, é a mudança de método que você precisa.*

*Foi isso que funcionou para mim — e talvez possa funcionar para você também".*



## CONHEÇA OS CONTEÚDOS MAIS COBRADOS PELA BANCA

### DICA DA PROF. CÁSSIA

Olá, corujinha!

Vamos começar a nossa preparação?

Existem alguns assuntos que a banca FGV "adora". Na minha dica trarei três pontos muito explorados pela banca: Semiologia, Patologia e Pacientes Sistemicamente comprometidos.



**SEMIOTÉCNICA:** é o conjunto ordenado de métodos e manobras para a coleta dos **sinais** e **sintomas**. Elabora questionamentos e desenvolve formas de obtenção do maior número de sinais e sintomas, mais precisos, fidedignos e completos.

#### Entenda a diferença entre os termos:

**Sintoma:** são **manifestações subjetivas** relatadas pelo paciente. É tudo o que o paciente fala durante a anamnese. Ex: relato de dor, adormecimento, gosto metálico e etc.

*Os sintomas podem ser:*

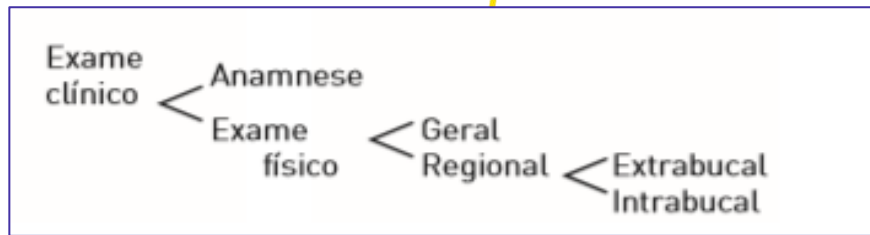
**Diretos ou primários:** correspondem à queixa principal do paciente, o motivo que o trouxe à consulta

**Indiretos ou secundários:** oriundos de alguma perturbação funcional

**Sinal:** são as **manifestações objetivas** da doença percebida pelos sentidos humanos. É aquilo que o dentista observa no paciente. Ex: mancha e elevação da mucosa. entre outros.



A finalidade do exame clínico é a coleta de sinais e sintomas para que se possam elaborar hipóteses de diagnóstico. Deve-se cumprir uma sequência lógica, completa e minuciosa em duas fases: anamnese e exame físico



## EXPLICANDO

Na anamnese são pesquisados os sintomas por meio do **relato livre e espontâneo**.

Os dados obtidos durante a anamnese devem ser anotados em prontuário.

Lembre-se: a ficha clínica é um documento legal.

O paciente é questionado na anamnese sobre os seguintes aspectos:

identificação do paciente;

queixa principal/duração;

história da doença atual;

antecedentes hereditários;

situação familiar;

antecedentes mórbidos pessoais;

hábitos e vícios.

Através da anamnese obteremos muitas informações importantes, mas quero destacar dois pontos que despencam nas provas:

### 1) Uso de medicações anticoagulantes:

Como as bancas cobram a terapia anticoagulante nas provas?



**As questões geralmente solicitam os exames indicados na avaliação pré-operatória e a interrupção (ou não) de medicações anticoagulantes antes da cirurgia oral!**

Lembre-se: o efeito anticoagulante da varfarina é realizado através do **INR do tempo de protrombina** (*international normalized ratio* ou RNI razão normalizada internacional), exame padrão-ouro para controle da anticoagulação ( $\text{INR} = \text{TP do paciente} / \text{TP normal}$ ). O INR deve ser mantido entre 2,0 e 3,0 para reduzir a formação de trombos, sem expor o paciente a quadros hemorrágicos espontâneos.

Veja na tabela abaixo a análise no INR:

| VALOR DE INR           | EFEITO                                                                                       | CONDUTA                                    |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>INR = 1</b>         | Coagulação normal                                                                            |                                            |
| <b>INR entre 2 e 3</b> | Redução do risco de trombose sem causar anticoagulação perigosa                              | Cirurgia oral de rotina pode ser realizada |
| <b>INR &gt;3</b>       | A anticoagulação pode estar exacerbada com risco de hemorragia espontânea e AVC hemorrágico. | Adiar a cirurgia                           |

Fonte: Hupp et al., (2009)

De acordo com Hupp et al. (2021), os pacientes devem parar de tomar varfarina dois ou três dias antes da cirurgia planejada. Na manhã da cirurgia, o valor do INR deve ser checado; se ele estiver entre 2 e 3 a cirurgia bucal habitual pode ser realizada. Se o TP ainda estiver maior que 3, a cirurgia deve ser adiada até que o TP se aproxime de 3 INR.

Já Andrade (2014) traz recomendação complementar sobre o uso de varfarina: **pacientes com  $\text{INR} \leq 3,5$  não necessitam de suspensão ou modificação da posologia para realização de exodontias não complicadas. Nos casos de  $\text{INR} \geq 3,5$  recomenda-se avaliação médica, para possível ajuste da medicação.**

A maioria dos protocolos atuais é a favor da continuação da terapia anticoagulante durante os procedimentos cirúrgicos menores. Isso porque se acredita que o risco de "hemorragias" nos pacientes em terapia anticoagulante é bem menor quando comparado ao risco de um evento tromboembólico devido à interrupção do uso do agente anticoagulante.



**RESUMINDO!**

Hupp et al. (2021):

**INR ENTRE 2 E 3 - NÃO PRECISA SUSPENDER**

**INR  $\geq 3$  ADIAR**

Andrade (2014):

**INR  $\leq 3,5$  NÃO PRECISA SUSPENDER**

**INR  $\geq 3,5$  AVALIAÇÃO MÉDICA**



**Relação de medicamentos que potencializam o efeito da varfarina, aumentando o INR do paciente (Fonte: Andrade, 2014)**

### ANALGÉSICOS

- AAS
- Paracetamol

### ANTI-INFLAMATÓRIOS

- Não esteroides (em geral)
- Corticosteroides

### ANTIBIÓTICOS

- Cefalosporinas
- Eritromicina
- Azitromicina
- Metronidazol
- Tetraciclina
- Ciprofloxacina

## 2) O segundo ponto obtido através da anamnese seria classificarmos o paciente quanto ao risco para procedimentos clínicos:

“Os resultados da avaliação clínica são usados para atribuir uma classificação do estado físico” (Hupp et al, 2021)

Durante a anamnese, se o cirurgião-dentista evidenciar a presença de alguma alteração sistêmica, ele pode classificar o paciente de acordo com o risco médico.



Questão recorrente em provas não podemos deixar de entender esse assunto! Dica: Leia, faça lembretes, crie esquemas, mas não deixe de decorar essa classificação!



| 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                                         | Episódios frequentes de convulsão ou crise asmática                                                                          |
| Portador de distúrbios convulsivos, controlados com medicação                                        |                                                                                                                              |
| 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;                                                                      |

## CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO DA ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE ANESTESIOLOGIA

|              |                                                           |
|--------------|-----------------------------------------------------------|
| <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 (ANDRADE, 2014)<br><br>Paciente portador de <b>doença sistêmica severa</b> , não incapacitante (HUPP et al, 2021)                                                     |
| <b>ASA IV</b>  | Paciente acometido por <b>doença sistêmica severa</b> 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 (ANDRADE,2014)<br><br>Paciente moribundo que, provavelmente, não sobreviverá sem a cirurgia (HUPP, 2021) |
| <b>ASA VI</b>  | Paciente com <b>morte cerebral</b> declarada, cujos órgãos serão removidos com propósito de doação.                                                                                                                                                    |

### TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO ASA:

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ASA I</b>   | <b>Risco mínimo</b> de complicações durante tratamento dentário.                                                                                                                                                                                                                         |
|                | Risco mínimo de complicações durante o tratamento.                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>ASA II</b>  | 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 <b>maior risco</b> 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> .<br><br>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.                                                                                                                                                                                                         |

**Após o preenchimento da anamnese, partiremos para a etapa de exame físico.**

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. No exame clínico regional podem ser utilizados os sentidos naturais humanos na análise dos sinais, classicamente definidos como: **inspeção, palpação, percussão e auscultação**.





**1. Inspeção** — **é a primeira manobra a ser realizada**, resumindo é **olhar o paciente**. Pode ser realizada de forma direta (olho nu) ou indireta (através de lentes ou espelhos). Ela precede a palpação.

A inspeção da pele pode revelar a presença de alterações sistêmicas como, por exemplo, a insuficiência cardíaca congestiva que pode apresentar lábios cianóticos

Dentes inicia o exame pela hemiarcada superior direita (face distal do 2º molar até o oposto)

**2. Palpação** — é a sensibilidade tátil, que pode ser utilizada direta ou indiretamente.

É o ato **tocar** com a polpa dos dedos. Ela utiliza o sentido do tato e a compressão das estruturas para avaliação de sua consistência. Pode ser direta e indireta (dentista usa instrumentos como, por exemplo, a sonda exploradora). A **palpação direta** pode ser **digital, bidigital e digitopalmar**. Outra forma de palpação é a "**ordenha**", muito empregada no **exame de glândulas salivares**.

**3. Percussão** — é o exame realizado através do **ato de "bater" ou percutir em uma estrutura**.

Pela interpretação das vibrações ou sons produzidos é possível deduzir o estado físico do conteúdo da estrutura examinada: líquido, semissólido, sólido ou vazio. A percussão pode ser direta (com os dedos ou mãos) ou indireta (com o espelho e um exemplo é a avaliação de um dente anquilosado).

**4. Auscultação** — é o exame realizado através da audição, pelo **ato de ouvir sons e ruídos** produzidos.

Pode ser feito de forma direta ou indireta (estetoscópio). É muito utilizado na avaliação da articulação temporomandibular.

**5. Olfacção** — é a percepção de odores. Um exemplo bem simples é o odor característico do paciente portador de GUN, percebemos o odor de longe, não é verdade? Outra situação é a detecção do odor cetônico no hálito do diabético.

### **OUTRAS MANOBRAS UTILIZADAS SÃO:**

**Punção** — remoção de líquido do interior da lesão. Da mesma forma que a punção pode demonstrar a presença de sangue, saliva, líquido cístico, pus ou conteúdo semissólido, após



a punção pode ocorrer pressão negativa e não aparecer líquido ou semissólido (nesses casos a lesão tem conteúdo sólido ou não tem conteúdo algum).

**Diascopia** — manobra também chamada de **vitropressão**.

A **diascopia** consiste na visualização de uma lesão pigmentada através de uma lâmina de vidro. Mas você deve estar se perguntando: como é feita essa avaliação? Uma lâmina de vidro é pressionada contra uma lesão pigmentada, caso a coloração escura desapareça com a pressão da lâmina na região e ocorra isquemia, reaparecendo a coloração com a retirada da compressão, dizemos que se trata de uma lesão vascular (exemplo de utilização da técnica é na investigação de hemangioma). Caso a coloração da lesão permaneça, conclui-se que é uma lesão pigmentada.

*O exame clínico é o primeiro e mais importante passo para o diagnóstico das lesões bucais.*

*Precisamos conhecer as características de normalidade da cavidade bucal para estarmos aptos a reconhecer possíveis lesões malignas.*



DESPENCA NA  
**PROVA!**

| NOME DA PATOLOGIA                                    | POTENCIAL DE TRANSFORMAÇÃO MALIGNA |
|------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Leucoplasia Verrucosa Proliferativa                  | ++++++                             |
| Palato nicotínico em tabagistas invertidos           | +++++                              |
| Eritroplasia                                         | +++++                              |
| Fibrose submucosa oral                               | +++++                              |
| Eritroleucoplasia                                    | ++++                               |
| Leucoplasia granular                                 | ++++                               |
| Queratose laríngea                                   | +++                                |
| Queilite actínica                                    | +++                                |
| Leucoplasia espessa, lisa                            | ++                                 |
| Língua vermelha e lisa da Síndrome de Plummer-Vinson | ++                                 |
| Queratose do tabaco sem fumaça                       | +                                  |
| Líquen plano (formas erosivas)                       | +?                                 |







**O carcinoma espinocelular representa cerca de 90% das neoplasias malignas orais.**

**Etiologia:** é **multifatorial**, então fique atento quando ler a questão, pois não existe um único agente envolvido! Existem os chamados **fatores extrínsecos (externos)** e **intrínsecos (internos)** que em conjunto produzem a neoplasia (chamamos a ação conjunta dos fatores de **cocarcinogênese**):

| <b>FATORES EXTRÍNSECOS</b>                                                                                                                                  | <b>FATORES INTRÍNSECOS</b><br><i>(Incluem estados sistêmicos ou generalizados)</i>                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Fumo</li><li>▪ Álcool</li><li>▪ Sífilis</li><li>▪ Luz solar (somente para cânceres do vermelhão do lábio)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ desnutrição geral</li><li>▪ anemia por deficiência de ferro</li></ul> <p><b>A hereditariedade parece não desempenhar um papel principal na causalidade do carcinoma oral.</b></p> |



## **ATENÇÃO AO TOP 3 DE PROVAS:**

### **1) Fumo:**

A proporção de CE é **duas a três vezes maior em tabagistas (80%)**. São fatores que aumentam o risco o número de cigarros fumados/dia e o tempo (em anos) que a pessoa fumou. O fumo de tabaco contém diversas substâncias carcinogênicas como nitrosaminas, arsênico, benzopireno e benzeno. Pacientes que trataram um câncer no trato aerodigestivo superior e seguiram fumando apresentam um risco de



duas a seis vezes maior de desenvolver um segundo câncer primário. Mas uma notícia boa é que indivíduos que cessaram o hábito de fumar, após 10 anos, apresentaram o mesmo risco para o desenvolvimento que aqueles que nunca fumaram.

O fumo de cachimbo ou charuto agrega um risco igual ou maior para o desenvolvimento de câncer oral quando comparado ao fumo de cigarros.

## 2) Álcool:

O álcool em combinação com o tabaco é um fator de risco significativo para o desenvolvimento do câncer oral e parece ser dose-dependente. O álcool pode ajudar a solubilizar outros compostos carcinogênicos e aumentar a permeabilidade do epitélio oral.

## 3) Radiação UV (câncer de lábio inferior),

A queilite actínica é uma condição potencialmente maligna do vermelhão do lábio inferior, resultante da exposição crônica à luz UV. As ocupações ao ar livre estão associadas a um maior risco de desenvolvimento de carcinoma espinocelular em região de lábio inferior, especialmente em homens com mais de 45 anos.



**(FGV/TRF1/2024) O carcinoma espinocelular, também conhecido como carcinoma epidermoide ou de células escamosas, é a neoplasia maligna mais frequente na cavidade oral, englobando de 90% a 96% dos cânceres bucais**

**A aparência clínica do carcinoma espinocelular com forma de crescimento endofítica corresponde a uma lesão:**

- a) bolhosa múltipla, apresentando líquido em seu interior e rompimento das bolhas e revelando área sangrante ao exame tátil,**
- b) macular, de coloração marrom a negra, com bordas irregulares e aumento de volume, dependendo do estágio de progressão;**
- c) formato irregular, apresentando área central deprimida e ulcerada, com borda invertida, resultante da invasão do tumor para as laterais abaixo do epitélio adjacente,**
- d) de formato irregular, vegetante, papilar ou verruciforme, com coloração variando entre normal, vermelha ou branca, dependendo da quantidade de ceratina e vascularização;**
- e) formada por placas brancas aderentes na mucosa oral que podem ser removidas pela raspagem ou fricção, sendo que a mucosa subjacente pode se apresentar entematosa ou normal**



### Comentários:

A aparência endofítica tem como característica ser: invasiva, escavada, ulcerada.

O padrão de crescimento endofítico tem uma área central deprimida, de formato irregular, ulcerada, com uma borda “em rolete” de mucosa normal, vermelha ou branca. A borda em rolete resulta da invasão das células neoplásicas para o interior do tecido e para as laterais abaixo do epitélio. Essa aparência não é única do carcinoma oral, uma vez que lesões granulomatosas, tais como infecções fúngicas profundas, tuberculose, sífilis terciária, lesões orais da granulomatose de Wegener ou da doença de Crohn e úlceras traumáticas crônicas podem ter aparência similar. (Neville et al., 2016)

### GABARITO LETRA C

O **carcinoma epidermoide** tem uma apresentação clínica variada:

- **Exofítica** (formação de aumento de volume; vegetante, papilar, verruciforme) = geralmente ulcerada e endurecida à palpação.
- **Endofítica** (invasiva, escavada, ulcerada) = possui uma área central deprimida, de formato irregular, ulcerada com "borda em rolete" (fruto da infiltração das células neoplásicas) podendo ter coloração branca, vermelha ou normocrômica.
- **Leucoplásica** (mancha branca - fase inicial)
- **Eritroplásica** (mancha vermelha - fase inicial)
- **Eritroleucoplásica** (combinação de áreas vermelha e branca)

Radiograficamente é possível evidenciar a destruição do osso subjacente, que pode causar dor ou ser completamente indolor, com o aspecto de “**em roído de traça**” com margens mal definidas ou bordas irregulares.

O carcinoma também pode se estender por vários centímetros ao longo de um nervo (invasão perineural) e causar **parestesia**.

Para a realização do diagnóstico podemos lançar mão de dois exames complementares:

#### 1) Citologia esfoliativa:

A citologia esfoliativa, é um exame complementar e como o próprio nome diz: **avalia células que esfoliaram naturalmente do epitélio da mucosa bucal** (as células colhidas são depositadas em uma lâmina de vidro, coradas e analisadas em microscópio).

A citologia esfoliativa tem como principal finalidade a **deteção de tumores malignos** (câncer). A citologia esfoliativa permite escolher o local mais representativo para a realização de biópsia, no caso de lesões extensas, ou dispensá-la, ao identificar como benigna lesão com suspeita de câncer



De acordo com Sérgio Kignel pode ser empregada no diagnóstico do carcinoma espinocelular, triagem para detecção precoce de câncer e de lesões cancerígenas, além de ser útil em casos de lesões extensas e múltiplas, no acompanhamento de pacientes tratados de câncer.

Também pode ser utilizada para avaliação de:

- Lesões **ulceradas e de placas brancas hiperqueratóticas**
- Infecções fúngicas (candidose, paracoccidioidomicose)
- Doenças autoimunes (pênfigo)
- Infecções virais (herpes primária, herpes recorrente)
- Também é importante para auxiliar no diagnóstico de lesões profundas, localizadas em linfonodos, tecidos moles ou intraósseas (infecções, cistos e neoplasias).



#### São indicações (Fonte: Medicina Bucal - Boraks):

- No diagnóstico de lesões ulceradas que persistam na mucosa bucal, inalteradas, ou que não apresentem sinais de melhora espontânea ou com tratamento.
- No diagnóstico de lesões que seriam submetidas à biópsia.
- Em lesões extensas ou múltiplas, selecionando o local mais adequado para realização da biópsia.
- No controle de áreas submetidas a radioterapia, onde se observam alterações típicas de radiação.
- No controle da evolução de certas doenças.
- No controle de lesões cancerizáveis e de áreas onde houve remissão de tumor maligno em pacientes que, de alguma forma, estão impedidos de realizar intervenção cruenta.
- Em áreas onde o teste do azul de toluidina (Teste de Shedd) foi positivo.
- Em lesões aparentemente inócuas e que não apresentem razão suficiente para a realização de biópsia. Quando a suspeita clínica sobre determinada lesão ainda persiste, mesmo após resultado negativo para câncer na biópsia.

#### A citologia esfoliativa possui como vantagens:

- Facilidade de realização,
- Não necessitar de incisão ou anestesia
- Não ser invasiva ou traumática
- Não apresentar complicações após o procedimento
- Maior superfície de amostragem com maior índice de detecção de malignidade
- Diagnóstico rápido
- Melhor relação custo/benefício



- Os exames podem ser repetidos várias vezes, sem risco para o indivíduo
- Melhor aceitação por parte do paciente
- Podem ser aplicados a grandes populações em exames de triagem de câncer e de outras doenças
- Lesões de difícil acesso para biópsia e que podem ser alcançadas pelas diferentes técnicas de coleta citológica.

No entanto, ela **apresenta limitações como:**

- A classificação morfológica das neoplasias é mais difícil porque ocorre perda do padrão estrutural do tecido
- Impossibilidade de avaliar infiltração e invasão vascular em casos de neoplasias malignas;
- Dificuldade para diagnosticar neoplasias mistas ou de origem mesenquimal (sarcomas), devido à menor tendência de descamação das células nessas neoplasias em comparação com os carcinomas



(FGV/TRF1/2024) A Citologia esfoliativa, um exame complementar muito útil, vem ganhando lugar de destaque como método auxiliar de diagnóstico em medicina bucal.

Sobre esse exame, é correto afirmar que:

- a) seu uso está dispensado em áreas nas quais o teste do azul de toluidina (teste de Shedd) tenha sido positivo;
- b) não é indicada para lesões císticas, pois não é possível coletar células representativas da parede da lesão;
- c) é indicada para lesões pequenas, porém, deve-se garantir a total excisão da lesão para aumentar a certeza do diagnóstico,
- d) é um exame seguro para eliminar a suspeita de malignidade. uma vez que apresenta índice muito baixo de resultado falso negativo;
- e) o material removido deve ser preparado e analisado durante cirurgia, permitindo que seja dado o tratamento adequado as margens cirúrgicas.

**Comentários:**

**A letra A está incorreta.** O teste de Shedd utiliza o azul de toluidina e cora o local mais indicado para realizar a biópsia em uma lesão com suspeita de câncer. A citologia é indicada em áreas onde o teste do azul de toluidina (Teste de Shedd) foi positivo.

**A letra B está incorreta.** Pode-se ainda estudar, por meio de punção, o conteúdo líquido ou semissólido contido em determinada lesão, introduzindo-se uma agulha, adaptada em uma seringa cujo êmbolo é tracionado, trazendo o líquido existente em seu interior. Dentre os conteúdos líquidos retirados das



lesões e cavidades, pode-se encontrar sangue, saliva, pus, líquido cístico, entre outros. O material colhido é depositado em uma lâmina de vidro para microscopia, fixado e corado, e lido pelo patologista, para estudo microscópico das células e de outros materiais ali existente

**As letras letra C e E estão incorretas.** Não é realizada excisão, nesse exame são colhidas células do tecido e, posteriormente, depositadas em uma lâmina de vidro, coradas e analisadas em microscópio.

**A letra D está correta.** A citologia esfoliativa permite escolher o local mais representativo para a realização de biópsia, no caso de lesões extensas, ou dispensá-la, ao identificar como benigna lesão com suspeita de câncer. Embora não deva ser utilizada como substituto da biópsia, é um exame seguro para eliminar a suspeita de malignidade, uma vez que apresenta índice de resultado falso negativo muito baixo.

## GABARITO LETRA D

### 2) Biópsia:

A biópsia (palavra tão temida por muitos pacientes) é um **exame complementar** que consiste na **remoção de tecido para avaliação e confirmação diagnóstica** (sabemos que muitas lesões se parecem e que apenas o anatomopatológico é capaz de estabelecer o diagnóstico).

**Entenda a diferença:**  
*a citologia esfoliativa estuda as células e a biópsia estuda os tecidos!*

### Indicações para biópsia:

- Lesões que têm características neoplásicas ou cancerizáveis
- Lesões que estão aumentando de tamanho ou que apresentam crescimento rápido.
- Lesões persistentes que não possuem uma causa e persistem por mais de 10 a 14 dias.
- Lesões persistentes que fracassam na resposta ao tratamento (lembrando que as lesões devem ser acompanhadas por um período de 7 a 14 dias).
- Lesões desconhecidas em áreas de alto risco para o desenvolvimento do câncer.
- Lesão firmemente aderida ou fixa em estruturas adjacentes
- Confirmação do diagnóstico clínico.
- Lesões que estão causando ao paciente extrema preocupação.

São consideradas por **Hupp et al.** áreas de alto risco e que devem ser monitoradas: assoalho da boca, as superfícies lateral e ventral da língua e as mucosas vestibular e do lábio inferior. Além dessas, eritroplasias (áreas avermelhadas) ou áreas ásperas dentro de uma leucoplasia também merecem atenção durante o exame do paciente.







- **Biópsia incisional:** é o procedimento que **remove fragmento para análise**. É indicada em casos de **lesões grandes (>1cm)**, lesões que apresentam características diferentes em diferentes sítios ou em locais de risco, e lesões com suspeita de malignidade. A incisão é realizada em formato de cunha e deve incluir tecidos com características de normalidade e alterados pela lesão (em lesões ulceradas as informações são removidas do tecido perilesional que contém características de normalidade).
- **Biópsia excisional:** é o procedimento que realiza a **remoção completa da lesão**. É indicada para **lesões pequenas (1cm)** e, muitas vezes, é por retirar toda a lesão acaba sendo o próprio o tratamento.

## DICA DE PROF LARISSA

### CIRURGIA:

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



DIÉRESE

EXÉRESE

HEMOSTASIA

SÍNTESE

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**TERCEIRO PRINCÍPIO:** evitar seccionar estruturas vitais

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

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





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

Coruja, há uma sequência de movimentos a serem realizados com o fórceps. Fique atento!!



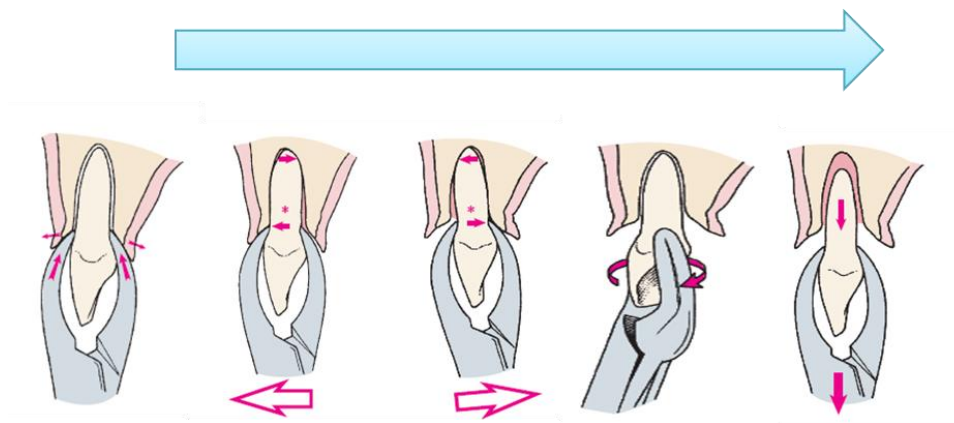


Figura: Hupp et al., 2009.

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



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

### Dentes Impactados

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

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





TERCEIROS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES

CANINO SUPERIOR

PRÉ-MOLARES INFERIORES

SEGUNDOS MOLARES

Indicações de extração



Prevenção e tratamento da pericoronarite

Prevenção da cárie dentária

Motivos ortodônticos

Prevenção de cistos e tumores

Reabsorção radicular de dentes adjacentes

Confecção de próteses dentárias

Prevenção de fratura da mandíbula

Tratamento da dor de origem desconhecida

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

#### EXTRAÇÕES DENTÁRIAS DE DENTES IMPACTADOS

INDICAÇÕES

CONTRAINDICAÇÕES



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



### Classificação dos dentes impactados

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

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

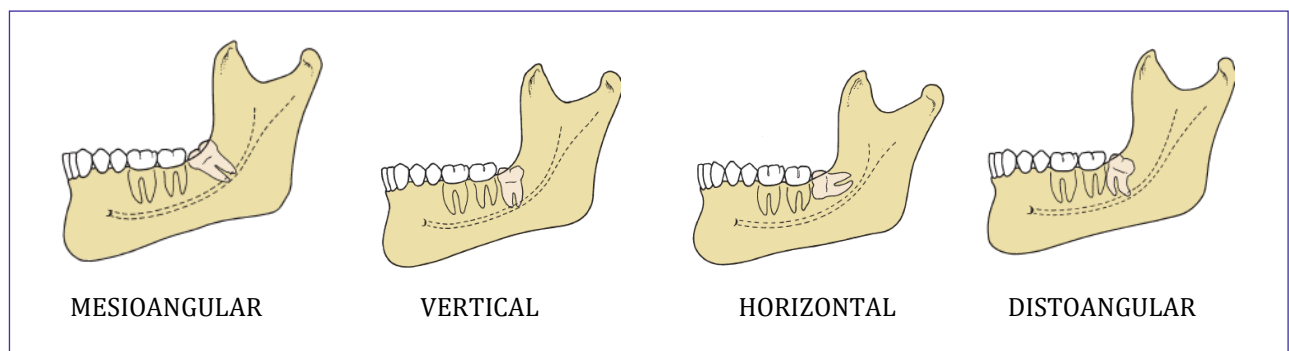


Figura: Hupp et al., 2009.

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

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



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



### RELAÇÃO COM A MARGEM ANTERIOR DO RAMO

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

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

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

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



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

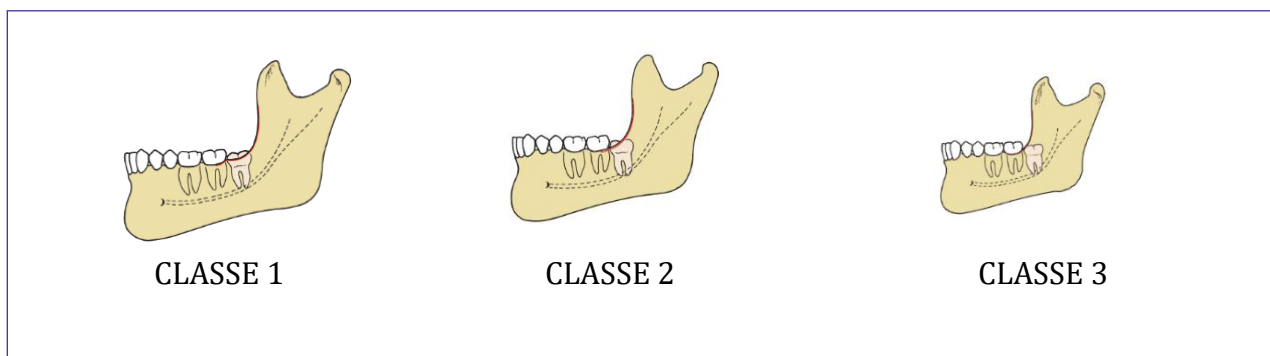


Figura: Hupp et al., 2009.

### RELAÇÃO COM O PLANO OCLUSAL

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

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

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

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

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

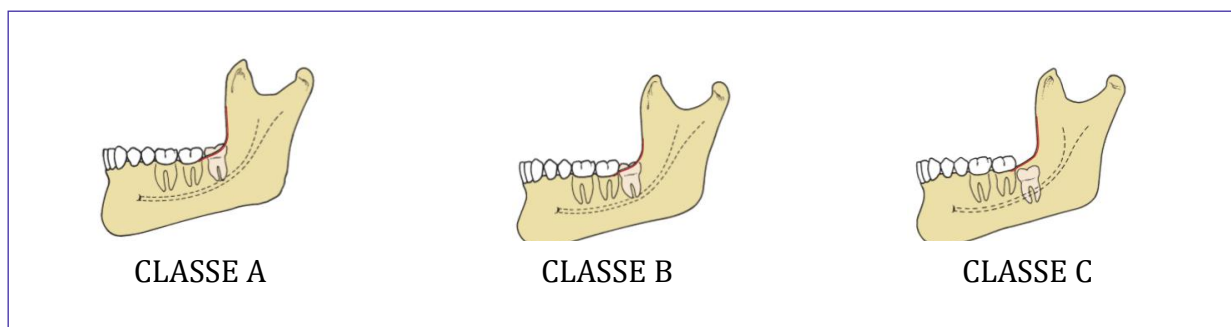


Figura: Hupp et al., 2009.

### Radiologia:

## Técnica da bisettriz (cone curto) conhecida como técnica da "isometria"

A **técnica da bisettriz (cone curto)** é baseada na **regra de isometria de Cieszynski**. o feixe de Raio-X deve passar **perpendicular à bisettriz** entre os planos formados pelos planos do filme e do dente.

## Técnica do paralelismo – cone longo ou técnica do cilindro longo

Na técnica do **paralelismo (cone longo)**, o feixe atinge o filme **paralelo ao plano do dente**. Com o auxílio de um **posicionador**, são obtidas imagens com mínimas distorções, mas precisa de maior tempo de exposição, em função do **aumento da distância focal** em torno de 40 cm.

A **técnica interproximal (bite wing)** tem como objetivo demonstrar as faces interproximais dos dentes superiores e inferiores e a **crista alveolar** no mesmo receptor.

## INDICAÇÕES DO EXAME INTERPROXIMAL

**Exame das faces interproximais dos dentes posteriores e da crista óssea alveolar** para **detecção 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 detecção de cálculo nas áreas interproximais**.

Devido à sua relativa baixa densidade, o **cálculo** é mais bem visibilizado nas radiografias feitas com uma exposição reduzida.

## Métodos de Localização Radiográfica





## MÉTODOS DE LOCALIZAÇÃO RADIOGRÁFICA

### CLARK

Nessa técnica, produzem-se duas radiografias periapicais intraorais convencionais, a projeção ortorradial e a projeção excêntrica. Se a imagem alvo estiver deslocada no mesmo sentido do deslocamento do feixe, então, ela está localizada por palatino/lingual. Se o deslocamento ocorrer no sentido contrário do deslocamento do feixe, então, a imagem-alvo estará mais para o lado vestibular.

### JOHNSON

As projeções, ortorradial e excêntrica, são obtidas em um único filme radiográfico. Esta técnica é indicada principalmente para a localização radiográfica de caninos superiores não irrompidos.

### LE MASTER

A principal função desta técnica é diminuir a superposição da imagem do processo zigomático da maxila na região apical dos molares superiores. Para isso, coloca-se um rolete de algodão fixo na face de exposição do filme radiográfico, visando um melhor paralelismo entre o longo eixo do filme e do dente, evitando a projeção da apófise zigomática da maxila sobre os ápices das raízes dos molares.

### PARMA

Esta técnica é indicada para a localização de terceiros molares inferiores, onde há a modificação do posicionamento do filme periapical no intuito de acompanhar a inclinação do dente incluso.

### DONOVAN

Esta técnica deve ser utilizada para avaliarmos a região dos terceiros molares inferiores, e é considerada uma modificação da técnica de Miller-Winter, para que possamos verificar a região do triângulo retromolar.

### MATTALDI

Este método está indicado para a avaliação da tuberosidade da maxila

### MILLER-WINTER

Técnica do ângulo reto ou da dupla incidência, utilizando dois filmes radiográficos. A primeira radiografia periapical é convencional para a região. Uma segunda radiografia é tomada colocando-se o filme radiográfico periapical como se fosse uma radiografia oclusal parcial de mandíbula.



(FGV - ENARE - 2024) Um paciente com 35 anos comparece a uma clínica odontológica para realizar um tratamento endodôntico no dente 27. Após a tomada radiográfica dessa região, pela técnica da bissetriz, o cirurgião dentista observou uma superposição do processo zigomático da maxila com os ápices radiculares. Considerando os métodos de localização radiográfica, assinale a opção que indica o que pode ser usado nesse caso, com a finalidade de eliminar essa superposição.

- A) Clark.
- B) Parma.
- C) Donavan.
- D) Le Master.
- E) Miller-Winter.

#### Comentários:

Coruja, a técnica de Le Master é cobrada em provas. E a FGV gosta muito de métodos de localização radiográfica. Vamos lembrá-la?

## MÉTODO DE LE MASTER



- Método empregado para **superar o problema da superposição do processo zigomático da maxila** durante a **avaliação da região dos dentes molares superiores**.

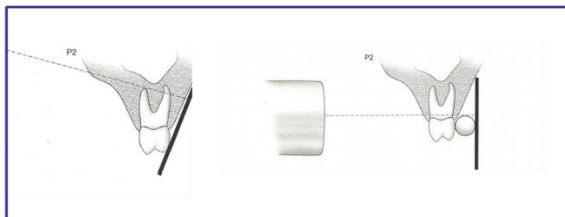


Imagem retirada de: FREITAS, Aguinaldo de; ROSA, José Edu; SOUZA, Icléo Faria e. **Radiologia Odontológica**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. 833 p

A **letra D** está **correta** e é o gabarito da questão.

## Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico



### PRINCIPAIS DIFERENÇAS ENTRE OS SISTEMAS TC E TC DE FEIXE CÔNICO

| TC                    | TCFC                            |
|-----------------------|---------------------------------|
| Uso geral             | Uso específico para odontologia |
| Alta dose de radiação | Baixa dose de radiação          |



|                                |                                                       |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Visibilidade dos tecidos moles | Técnica específica para tecidos duros dentoalveolares |
| Posicionamento deitado         | Posicionamento sentado                                |
| Qualquer área do corpo         | Diferentes FOVs                                       |

As maiores vantagens deste exame estão relacionadas à produção de imagens tridimensionais, em que as fatias de imagens podem ser escolhidas pelo clínico.



| VANTAGENS DA TC CONE BEAM EM RELAÇÃO À TC FAN-BEAM (médica) - Fonte Série ABENO |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|--|
| Menor dose de radiação recebida pelo paciente                                   |  |
| Aparelhos mais compactos                                                        |  |
| Imagens com maior resolução                                                     |  |
| Maior detalhe de avaliação do tecido duro                                       |  |
| Tempo de aquisição menor                                                        |  |
| Reconstrução direta, sem reformatação dos pontos radiografados                  |  |
| Menos artefatos metálicos                                                       |  |
| Equipamentos de TC Cone Beam são mais baratos e com menores dimensões           |  |
| Maior qualidade de contraste                                                    |  |

Aplicações clínicas:

- Avaliação do local de implante;
- Endodontia - canais acessórios, anomalias, curvaturas, periapicopatias quando apresenta sinais contraditórios, trauma dentoalveolar, reabsorções radiculares, localização do ápice;
- Ortodontia e cefalometria tridimensional;
- Posição do terceiro molar;
- Articulação temporomandibular - osso, espaço articular e função;
- Patologias maxilofaciais;



- Plano de tratamento e simulações virtuais;
- Cirurgia guiada por imagem e prototipagem rápida.



(FGV - ENARE - 2024) A tomografia computadorizada, método de diagnóstico por imagem amplamente utilizado na Odontologia, usa a radiação X e permite obter a reprodução de uma seção do corpo humano tridimensionalmente. A respeito da formação da imagem na tomografia computadorizada, assinale a afirmativa correta.

- a) Pixel é a menor unidade de volume de uma matriz, definindo a altura, a largura e a profundidade.
- b) Voxel é a menor unidade quadrática de uma matriz e determina duas dimensões, a largura e a altura.
- c) A matriz é um arranjo de linhas e colunas que formam um conjunto de pequenas áreas quadradas, as quais correspondem a uma localização específica da imagem.
- d) Se o pixel é maior, a matriz será menor, o que melhora a resolução da imagem e, conseqüentemente, o campo de visão, identificado em inglês pela sigla FOV (field of view).
- e) Com o sistema de radiologia digital indireta (CR), a tomografia computadorizada consegue transferir a imagem de forma imediata, de modo que ela seja visualizada no monitor do computador.

#### Comentários:

A **letra A** está **incorreta**. Pixel é a menor unidade quadrática.

A **letra B** está **incorreta**. Voxel é a menor unidade de volume. Vo de volume!!! Para não errar!

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

A **letra D** está **incorreta**. Pixels menores proporcionam melhor resolução da imagem.

A **letra E** está **incorreta**. Seria o sistema de radiologia digital direta que consegue transferir imediatamente para o computador.



## DICA DA PROF. MIRELA

### Anestesiologia



#### Ésteres

##### Procaína

Propoxicaína

Cloroprocaína

Hexilcaína

Piperocaína

Tetracaína

Butacaína

#### Amidas

Lidocaína

Articaína

Mepivacaína

Prilocaína

Bupivacaína

Ropivacaína

Etidocaína

Dibucaína

## AMIDAS

Anestésicos locais **mais utilizados em Odontologia.**

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

- Uso **tópico e injetável!**
- **Potência e toxicidade:** 2
- **Metabolismo:** fígado
- **Excreção renal:** menos de 10% em sua forma inalterada
- **Propriedades Vasodilatadoras:** menores que procaína, maiores que prilocaína ou mepivacaína
- **Pka:** 7,9
- **Início de ação:** 3-5 minutos (Malamed), 2-4 minutos (Andrade)
- **T ½:** 1,6h (Malamed), 90 minutos (Andrade)
- **Classificação para gravidez:** B
- **Amamentação:** Seguro



|                                            |                                                                                                       |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Lidocaína 2% sem Vaso</u>               | Propriedades vasodilatadoras limitam a duração e profundidade de anestesia da polpa – 5-10 minutos    |
| <u>Lidocaína 2% + epinefrina 1:50.000</u>  | 60 minutos de anestesia pulpar e 3-5 horas de anestesia dos tecidos moles<br>Indicada para hemostasia |
| <u>Lidocaína 2% + epinefrina 1:100.000</u> | 60 minutos de anestesia pulpar e 3-5 horas de anestesia nos tecidos moles                             |
| <u>Lidocaína 2% + epinefrina 1:200.000</u> | DMR: 0,2 mg/200ug – 4 tubetes                                                                         |

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

### Mepivacaína:

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

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



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

## Prilocaina:

- **Potência:** 2
- **Toxicidade:** 1 (40% menor que Lidocaína)
- **Metabolismo:** **fígado** pelas amilases hepáticas em ortotoluidina e N-propilalanina e **pulmão**
  - CO2 principal subproduto
  - Ortotoluidina em altas doses: **metemoglobinemia\*\*\***
- **Excreção renal:** depuração renal e remoção mais rápida
- **Propriedades vasodilatadoras:** menores que mepivacaína e lidocaína e significativamente menor que procaína
- **Pka:** 7,9
- **Início de ação:** 3-5 minutos (Malamed) sendo discretamente mais lento que lidocaína; 2-4 minutos (Andrade)
- **T ½:** 1,6h (90 minutos)
- **Anestesia tópica:** não (somente em sua forma não ionizada – EMLA)
- **Classificação gravidez:** B
- **Amamentação:** desconhecida

Prilocaina 4% +  
felipressina sem  
vaso

Indicada para pacientes com comorbidades sistêmicas compensados

Contraindicada para gestantes

Promove 10-15 minutos de anestesia pulpar e 1,5-2 horas de anestesia dos tecidos moles por infiltração

Promove anestesia pulpar de 60 minutos e 2-4 horas de anestesia de tecidos moles por bloqueio nervosos

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

## Contraindicações:

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







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

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

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

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

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

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



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

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

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





## Articaína:

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

Articaína 4% +  
epinefrina  
1:200.000:

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

Articaína 4% +  
epinefrina  
1:100.000:

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

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

## Contraindicações:

- Alérgicos a AL amidas/sulfitos
- Uso com cautela em Insuficiência Hepática
- Cautela em lactantes
- Não recomendado em crianças menores de 4 anos: **risco de lesão autoinflingida.**

## Bupivacaína:

- **Potência:** 4x a da lidocaína, mepivacaína e prilocaína
- **Toxicidade:** menos de 4x a da lidocaína e mepivacaína



- **Metabolismo:** fígado, pelas enzimas microsossomais hepáticas
- **Excreção renal:** até 16% em sua forma inalterada
- **Propriedades vasodilatadoras:** maiores que as da lidocaína, prilocaína e mepivacaína, mas consideravelmente menor que procaína
- **Pka:** 8,1
- **Início de ação:** 6-10 minutos (Malamed)
- **T ½:** 2,7 horas (Malamed), 3,5h (Andrade)
- **Anestesia tópica:** não
- **Classificação para gravidez:** C
- **Amamentação:** desconhecido

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

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

### Contraindicações:

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

### DOSES MÁXIMAS RECOMENDADAS - ANDRADE (2014)

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

### DOSES MÁXIMAS RECOMENDADAS - MALAMED (2021)

| Anestésico local               | Dose máxima por Kg | Máximo absoluto (independente do peso) |
|--------------------------------|--------------------|----------------------------------------|
| Lidocaína com vasoconstritor   | 7,0mg              | 500mg                                  |
| Mepivacaína sem vasoconstritor | 6,6mg              | 400mg                                  |
| Mepivacaína com vasoconstritor | 6,6mg              | 400mg                                  |
| Articaína                      | 7,0mg              | -                                      |



|                                |       |       |
|--------------------------------|-------|-------|
| Priolocaína sem vasoconstritor | 8,0mg | 600mg |
| Prilocaína com vasoconstritor  | 8,0mg | 600mg |
| Bupivacaína com vasoconstritor | 2,0mg | 90mg  |

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

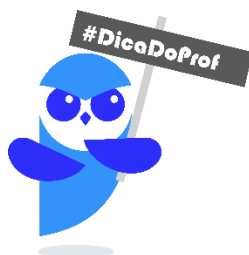


## EXEMPLIFICANDO

### *Como Calcular o volume máximo de solução anestésica local?*

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

*Quanto à concentração, uma solução de 2% independente do anestésico, contém 2g do sal em 100 mL da solução. Isso significa 20 mg/mL. Soluções de 0,5%, 3%, 4% deverão conter 5mg, 30mg ou 40mg do sal para cada mL da solução. Como no Brasil, o volume contido nos tubetes anestésicos é de 1,8 mL, as soluções de 0,5%, 2%, 3% e 4% deverão conter respectivamente a quantidade de 9, 36, 54 e 72 mg do sal anestésico.*



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

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

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





(FGV/ENARE/2024) Uma paciente com 44 anos, 55kg, ASA I, será submetida a uma cirurgia de enxerto de osso autógeno em bloco, doado da região posterior da mandíbula. O anestésico de escolha da equipe responsável pela cirurgia é a Mepivacaína 2%. Assinale a opção que indica a quantidade máxima (aproximada) de anestésico que poderá ser administrada a essa paciente, segundo Malamed.

- A)8 tubetes.
- B)9 tubetes.
- C)10 tubetes.
- D)11 tubetes.
- E)12 tubetes.

Comentários:

20 mg x 1,8 (volume do tubete) = 36  
Peso: 55 x DMR (6,6) = 363/36 = 10,08 = 10 tubetes

GABARITO LETRA C

TÉCNICAS ANESTÉSICAS NA ODONTOLOGIA

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



## Benzodiazepínicos

Ao se ligarem aos receptores específicos no sistema nervoso central, os benzodiazepínicos facilitam a ação do **ácido gama-aminobutírico (GABA)**. A ativação do GABA induz à abertura dos canais de cloreto da membrana de neurônios, resultando na **diminuição da excitabilidade e na propagação de impulsos excitatórios**. Dessa forma, pode-se considerar o GABA como um "ansiolítico natural".

Isso explica o porquê de os **benzodiazepínicos serem considerados tão seguros, pois potencializam os efeitos inibitórios de um neurotransmissor (GABA) produzido pelo próprio organismo**.

Agora vamos abordar os **principais benzodiazepínicos**, bem como indicações e precauções no uso.



Iniciaremos falando sobre o **Midazolam**.

Ele é o fármaco de escolha pelo início rápido de ação (30 minutos) e curta duração no efeito (1-2 h), apresentando pouca incidência de efeitos paradoxais e podendo ocasionar **amnésia anterógrada**. É considerado o fármaco de escolha tanto para jovens, adultos e crianças. Andrade afirma que somente Midazolam e Diazepam são recomendados para **uso em crianças**, porém Midazolam parece ser o fármaco de escolha para procedimentos de curta duração.

Quando considerarmos adultos e jovens, o **Alprazolam** é uma boa alternativa ao Midazolam.

Já para crianças, a alternativa se faz com o **Diazepam** (administrar 1 hora antes do procedimento).

Quando a indicação do uso for para os idosos, que possuem metabolização lenta e deposição em tecido adiposo, a escolha recai sobre o **Triazolam** (menor meia vida plasmática).

No entanto, ele não é comercializado no Brasil, então a escolha recai ao **Lorazepam**. Ele possui uma curta vida plasmática e baixa incidência de efeitos paradoxais, devendo ser utilizado 2 horas antes do procedimento.

No caso de pacientes extremamente ansiosos, estes podem receber uma dose na noite anterior à consulta, além da dose prévia à consulta.





Os benzodiazepínicos devem ser utilizados com **precaução** (veja bem: é **PRECAUÇÃO** e não **CONTRAINDICAÇÃO**), principalmente nos seguintes casos:

1. Paciente sob uso de outros fármacos de ação depressora do SNC (anti-histamínicos, anticonvulsivantes, antidepressivos, barbitúricos, álcool);
2. Portadores de insuficiência respiratória (grau leve), disfunção hepática ou renal;
3. Insuficiência cardíaca congestiva;
4. Gravidez (segundo trimestre) e lactação.



Existem casos em que os benzodiazepínicos são **contraindicados**, ou seja, não podem ser utilizados sob risco de vida. Esses casos incluem:

- **gestantes** (primeiro e último trimestres);
- portadores de **glaucoma de ângulo estreito**;
- portadores de **miastenias graves**;
- crianças com **comprometimento mental ou físico severo**;
- **hipersensibilidade aos benzodiazepínicos**;
- **insuficiência respiratória grave**;
- **apneia do sono**;
- **dependentes de drogas depressoras do SNC (etilistas)**;







A tabela a seguir, proposta pelo professor Andrade, **correlaciona as dosagens propostas dos benzodiazepínicos mais utilizados e o seu início de ação, meia-vida plasmática, duração do efeito.**

| MEDICAÇÃO  | INÍCIO AÇÃO (min) | MEIA-VIDA PLASMÁTICA (h) | DURAÇÃO EFEITO (h) | DOSAGEM ADULTOS | DOSAGEM IDOSOS  | ADM - antes da consulta | DOSAGEM CRIANÇAS |
|------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-----------------|-----------------|-------------------------|------------------|
| Diazepam   | 60                | 20 a 50                  | 12-24              | 5 a 10 mg       | 5 mg            | 60 min                  | 0,2 a 0,5 mg/kg  |
| Lorazepam  | 120               | 12-20                    | 2 - 3              | 1 a 2 mg        | 1 mg            | 2 h                     | Não recomendado  |
| Alprazolam | 60                | 12-15                    | 1-2                | 0,5 a 0,75 mg   | 0,25 a 0,5 mg   | 45-60 min               | Não recomendado  |
| Midazolam  | 30                | 1-3                      | 1-2                | 7,5 a 15 mg     | 7,5 mg          | 30 min                  | 0,25 a 0,5 mg/kg |
| Triazolam* | 30                | 1,5-5                    | 1-2                | 0,125 a 0,25 mg | 0,06 a 0,125 mg | 20 -30 min - sublingual | Não recomendado  |

\* Não é comercializado no Brasil.

Devemos adotar alguns **cuidados adicionais** com o uso de benzodiazepínicos.

Estes incluem: orientar o paciente a comparecer à consulta acompanhado e não dirigir após o atendimento; prescrever os benzodiazepínicos (em receituário comum), devendo estar acompanhados de notificação de **receita tipo B (cor azul)**, não ingerir bebidas alcoólicas enquanto estiver fazendo uso dessa medicação.



Segundo Yagiela, O **efeito dos benzodiazepínicos pode ser revertido com uso do flumazenil.**

## Profilaxia antibiótica para endocardite infecciosa

Embora muitas bancas (e até mesmo os livros) tragam que a clindamicina é a primeira opção para os alérgicos à amoxicilina na profilaxia antibiótica da endocardite bacteriana, as novas diretrizes da American Heart Association, recomendam o uso da **DOXICILINA (além de Cefalexina, Azitromicina e Claritromicina – veja na próxima página a tabela atualizada)** para **alérgicos à amoxicilina**, como primeira escolha, **ao invés da clindamicina**.

Qual a dosagem, Mirela?



DOXI**CEM**clina = 100 mg, 30-60 minutos antes do procedimento.

## Dica da Prof. Renata

Olá vamos estudar Odontologia em Saúde Coletiva, mais precisamente veremos a Política Nacional de Saúde Bucal-Brasil Sorridente com detalhes que vão cair na tua prova.



A **Saúde Bucal Coletiva** **objetiva alcançar o conjunto da população, deixando claro que toda a comunidade, não apenas os indivíduos em particular**, consiste no alvo das transformações mais recentes ocorridas na profissão, com novas técnicas preventivas, produtos e formas de organização e de financiamento.



Originalmente, em 1989, foi estabelecida pela então Divisão Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 1989) uma primeira Política Nacional de Saúde Bucal, baseada em cinco princípios – **universalização, participação da comunidade, descentralização, hierarquização e integração institucional** –, além de traçar objetivos, prioridades e diretrizes operacionais.

Em 2004, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) aprovadas pelo Ministério da Saúde buscam “garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta; [...] assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adstrita.”

### LEI Nº 14.572, DE 8 DE MAIO DE 2023

Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo atuação do SUS.



19 de  
de

As Diretrizes da PNSB estabeleceram um conjunto de sete ações principais (Brasil, 2004), que conformam o que se convencionou denominar “Programa Brasil Sorridente”, como a PNSB foi identificada, para a comunicação social, pelo Ministério da Saúde:

Promoção e proteção da saúde com destaque para a fluoretação das águas, a educação em saúde, a higiene bucal supervisionada e as aplicações tópicas de flúor

Recuperação da saúde traduzida em diagnóstico e tratamento

Reabilitação parcial ou total da capacidade perdida

Ampliação da atenção básica por meio de iniciativas para prevenção e controle do câncer bucal, aumento da resolutividade em pronto-atendimento, inclusão de procedimentos mais complexos (pulpotomia, restauração de cavidades complexas, tratamento periodontal não cirúrgico)

Reabilitação protética

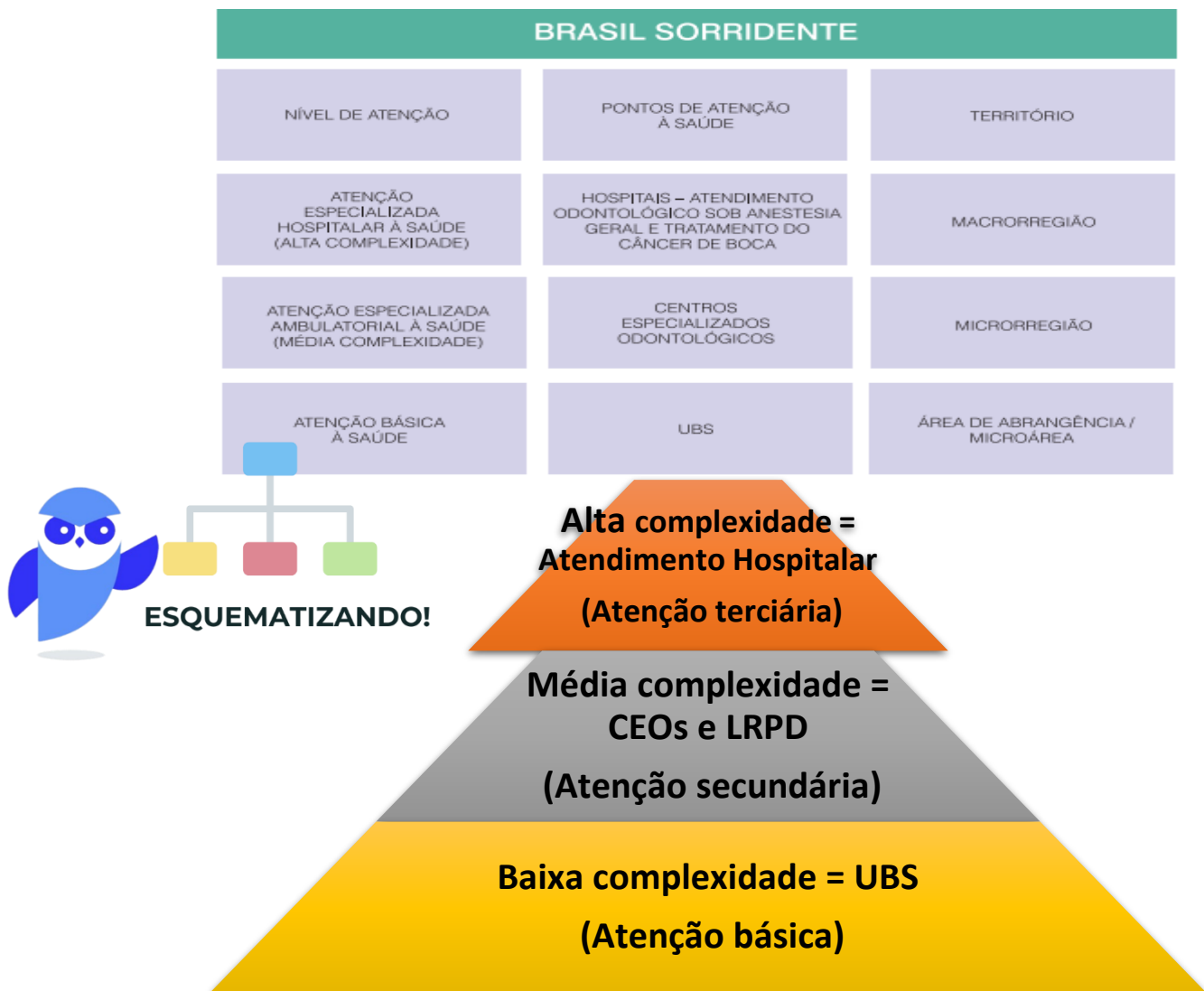
Ampliação do acesso com orientações especiais aos grupos de crianças de 0 a 5 anos e de 6 a 18 anos, gestantes, adultos, com ênfase nos trabalhadores, e idosos

Qualificação da atenção secundária e terciária, da qual resultou a implantação de uma rede de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), com os Centros de Laboratórios de Prótese Dentária (CLPD).

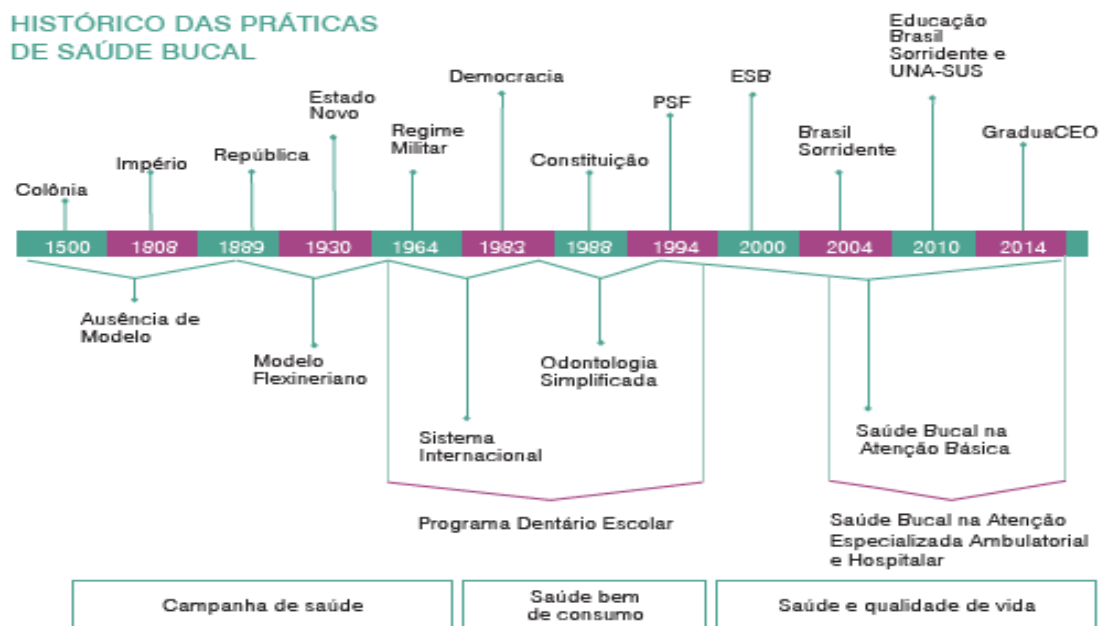


A porta de entrada do SUS é a **Unidade Básica de Saúde (UBS)** e/ou Unidades de Saúde da Família, pelas equipes de Saúde da Saúde. A **Atenção Primária** é **responsável pelo primeiro atendimento ao usuário e pelo encaminhamento aos CEOS e/ou Hospitais**, em casos onde o paciente necessita de um tratamento mais complexo.

**Rede de Atenção à Saúde** é conjunto **de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente**, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.



A Estratégia de Saúde da Família (ESF) **possibilitou ampliar a oferta de atenção primária em saúde bucal**, com retaguarda secundária e terciária proporcionada pelos CEO e pela organização e o credenciamento de uma rede de hospitalização qualificada para realizar ações odontológicas nesse nível de atenção, conforme pode ser visto do gráfico.



Vamos ver como pode ser a composição da equipe de Saúde bucal?

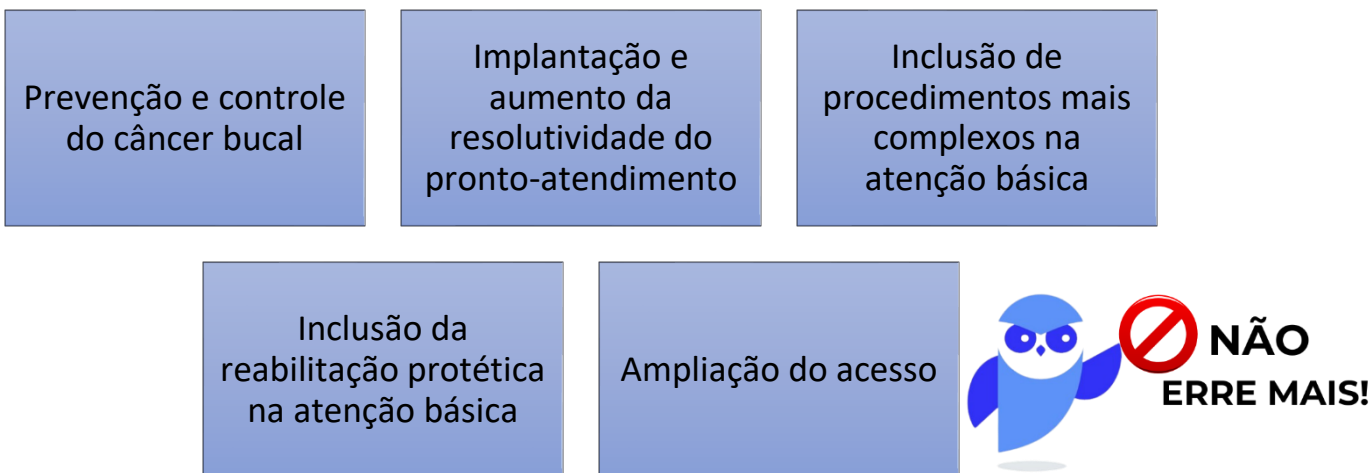
| Modalidade I:                                                                       | Modalidade II:                                                                            | Modalidade III:                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>2 profissionais: CD + ASB ou TSB.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>3 profissionais: CD + TSB + ASB ou TSB.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>profissionais das modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel.</li> </ul> |

#### Competências da Atenção Básica

- compete assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades
- providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso
- monitorar a evolução da reabilitação
- acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento

Considerando a complexidade dos problemas que demandam à rede de atenção básica e a **necessidade de buscar continuamente formas de ampliar a oferta e qualidade dos serviços prestados**, recomenda-se a **organização e desenvolvimento de ações de:**

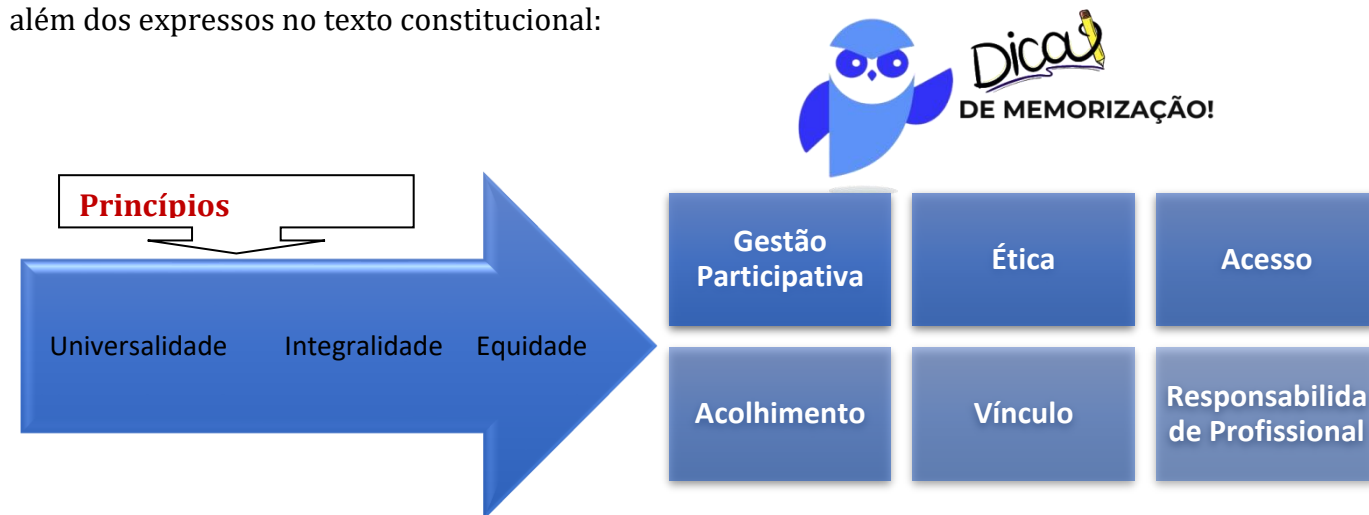




Aluno para você se inteirar o **Brasil Sorridente** tem interface com diversas ações e programas do Ministério da Saúde como: o Brasil Sorridente Indígena, Programa Saúde na Escola, Plano Nacional para Pessoas com Deficiência, Convenção de Minamata, Programa Melhor em Casa e Fluoretação das Águas de Abastecimento Público, entre outras. Além disso, o programa coopera com ações para a **qualificação profissional e científica dos profissionais** e **para a educação em saúde da população**.

## PRINCÍPIOS NORTEADORES DAS AÇÕES

O desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal tem os seguintes princípios, além dos expressos no texto constitucional:



Vamos conhecer cada um deles?





**Gestão Participativa:** definir democraticamente a política de saúde bucal, assegurando a **participação das representações de usuários, trabalhadores e prestadores**, em todas as esferas de governo;

**Ética:** assegurar que toda e qualquer ação seja regida pelos **princípios universais da ética em saúde**;

**Acesso:** buscar o acesso universal para a assistência e **dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida**, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e **assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população** de um determinado espaço geográfico.



Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento.



**Acolhimento:** pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma **usuário-centrada considerando em sua integralidade biopsicossocial**, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. Significa a **base da humanização das relações** e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade.

**Vínculo:** responsabilizar a unidade ou serviço de saúde na **solução dos problemas em sua área de abrangência**, através da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução.

O vínculo **é a expressão-síntese da humanização da relação com o usuário** e sua construção requer a definição das responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina ou imprevistas. O vínculo **é o resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta (clínica ou não) recebida pelo usuário.**





**Responsabilidade Profissional:** implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. **Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral**, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais.

## AÇÕES



A PNSB juntamente com conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República **evolui de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde**, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação.



**RESUMINDO!**

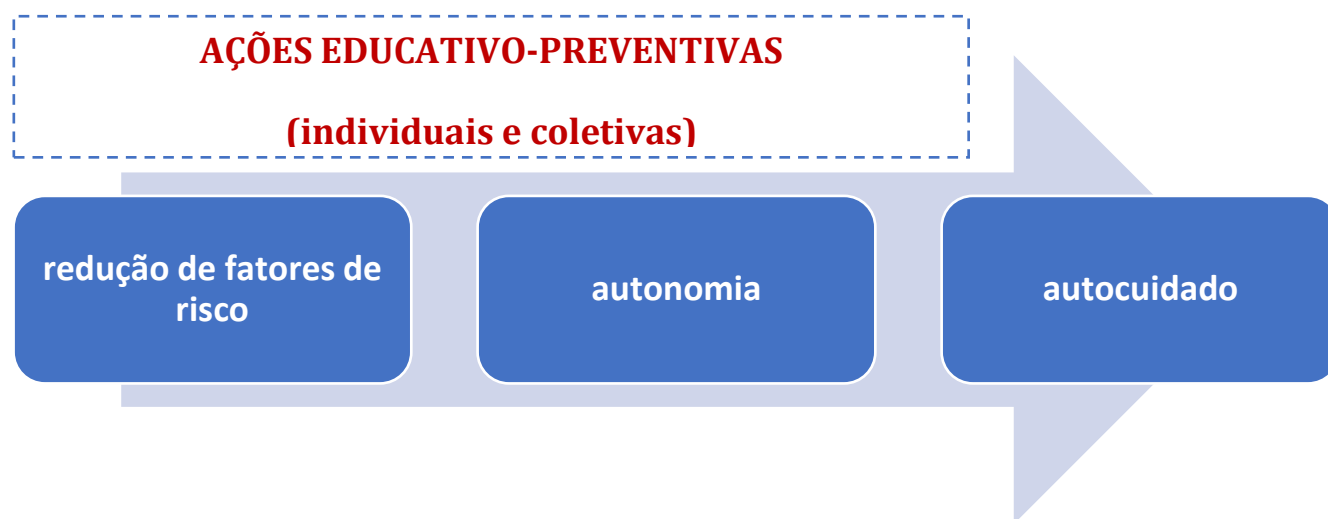


Para melhor identificar os principais grupos de ações **é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população**, não só em termos de doenças de maior prevalência, como das condições **sócio-econômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida e suas necessidades de saúde e a infra-estrutura de serviços disponíveis**. As ações de saúde bucal devem se inserir na estratégia planejada pela equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais ações da Unidade de Saúde.

Você conseguiu visualizar como é ampla a atuação da eSB?

**A busca da autonomia dos cidadãos é outro requisito das ações de promoção de saúde.** A equipe de saúde deve fazer um esforço simultâneo para aumentar a autonomia e **estimular práticas de autocuidado por pacientes, famílias e comunidades**.

As ações de proteção à saúde podem ser desenvolvidas no **nível individual e /ou coletivo**. Os **procedimentos coletivos são ações educativo-preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde** (trabalho da equipe de saúde junto a diferentes grupos), nos domicílios, grupos de rua, escolas, creches, associações, clube de mães ou outros espaços sociais, **oferecidos de forma contínua** e compreendem 4 tipos de ação que falaremos a seguir.



A PNSB orienta o desenvolvimento de atividades de **higiene bucal supervisionada (HBS)**, pelos serviços de saúde, nos mais diferentes espaços sociais. Sua finalidade é a **busca da autonomia com vistas ao autocuidado**.





A HBS visa à prevenção da cárie e da gengivite, através do controle continuado de placa pelo paciente com supervisão profissional, adequando a higienização à motricidade do indivíduo. A HBS deve ser **desenvolvida preferencialmente pelos profissionais auxiliares da equipe de saúde bucal**.

### Aplicação Tópica de Flúor

Visa à prevenção e controle da cárie, através da **utilização de produtos fluorados** (soluções para bochechos, gel-fluoretado e verniz fluoretado), em ações coletivas.

Para instituir a ATF **recomenda-se levar em consideração a situação epidemiológica (risco)** de diferentes grupos populacionais do local onde a ação será realizada



A utilização de ATF com abrangência universal **é recomendada para populações nas quais se constate uma ou mais das seguintes situações:**

exposição à água de abastecimento sem flúor

exposição à água de abastecimento contendo naturalmente baixos teores de flúor (até 0,54 ppm)

exposição a flúor na água há menos de 5 anos

CPOD maior que 3 aos 12 anos de idade

menos de 30% dos indivíduos do grupo são livres de cárie aos 12 anos de idade



## 2. Ações de Recuperação

Esse grupo de ações envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças.

O **diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível**, assim como o tratamento **deve ser instituído de imediato**, de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes. Por isso, os **serviços de saúde, especialmente os do nível primário da assistência, devem buscar o adequado desempenho dessas duas ações fundamentais de recuperação da saúde** – diagnóstico e tratamento.



Em relação ao diagnóstico, destaca-se a **inclusão nas rotinas de assistência, de métodos que aprimorem a identificação precoce das lesões** (biópsias e outros exames complementares). A identificação precoce das lesões da mucosa bucal deve ser priorizada, garantindo-se, na rede assistencial, **atendimento integral em todos os pontos de atenção à saúde, para acompanhamento e encaminhamento para tratamento nos níveis de maior complexidade**.

O **tratamento deve priorizar procedimentos conservadores** — entendidos como todos aqueles executados para manutenção dos elementos dentários — invertendo a lógica que leva à mutilação, hoje predominante nos serviços públicos.

## 3. Ações de Reabilitação

Consistem na **recuperação parcial ou total das capacidades perdidas** como resultado da doença e na **reintegração do indivíduo** ao seu ambiente social e a sua atividade profissional.



Muitos alunos erram, mas você irá acertar: a **reabilitação protética pode e deve ser feita na Atenção Primária!**

Vamos adentrar na atenção secundária, muito cobrada nas provas, mas de fácil fixação!

## CEOS - Centros de Especialidades Odontológicas

Os **profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente** e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas casos mais complexos.

Deverão ser **encaminhados para o CEO** os casos em que haja **maior complexidade de procedimento ou situações que não possam ser realizadas na AB**, por esgotarem-se as possibilidades de intervenção nesse ponto de atenção por motivos técnicos e/ou de infraestrutura.



#### Serviços mínimos do CEO

- Diagnóstico bucal, com ênfase na detecção precoce do câncer;
- Periodontia Especializada;
- Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- Endodontia;
- Atendimento a PNE.

O tratamento oferecido nos CEOs **é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica** e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal. Você sabia que **todos os pacientes deverão ser encaminhados com a adequação do meio bucal realizada**?

## QUESTÕES COMENTADAS DA BANCA

1-(FGV/ TCE-PA/ 2024) Segundo Gomes Pinto, no contexto atual da Saúde Bucal Coletiva, é correto afirmar que

- (A) o objetivo da especialidade é atuar para alcançar toda a comunidade.
- (B) o foco das ações desenvolvidas pela especialidade é o indivíduo.
- (C) A forma de ação mais eficaz é replicar modelos desenvolvidos em outros países.
- (D) no Brasil, há uma conexão ágil e direta entre as novas tecnologias da saúde e o dia-a-dia dos cidadãos.
- (E) os aspectos epidemiológicos e as características do sistema de saúde local não devem interferir nas estratégias de saúde coletiva.

Comentários:

**A letra A está correta.** A Saúde Bucal Coletiva é uma especialidade da Odontologia que visa a promoção, proteção e recuperação da saúde bucal da população como um todo. Isso inclui a elaboração de políticas públicas, programas de prevenção e ações educativas que envolvem a comunidade inteira. A alternativa A está correta, pois ressalta justamente esse objetivo abrangente de alcançar e beneficiar toda a comunidade, não apenas indivíduos isolados.



**A letra B está incorreta** Essa alternativa está incorreta porque a Saúde Bucal Coletiva foca suas ações na coletividade. Embora os indivíduos sejam beneficiados pelas ações, o principal propósito é atingir um grande número de pessoas através de políticas públicas e programas coletivos.

**A letra C está incorreta** Essa alternativa é incorreta porque modelos de saúde bucal devem ser adaptados às realidades locais. O que funciona em outros países pode não ser eficaz no Brasil devido às diferenças culturais, econômicas e sociais.

**A letra D está incorreta** Embora novas tecnologias sejam importantes, a conexão entre essas tecnologias e o cotidiano dos cidadãos brasileiros ainda é um desafio. Nem todos têm acesso fácil e imediato a essas inovações, o que torna essa alternativa incorreta.

**A letra E está incorreta** Essa alternativa está incorreta porque os aspectos epidemiológicos e as características do sistema de saúde local são fundamentais para a elaboração de estratégias eficazes. Ignorar esses fatores resultaria em políticas ineficazes e mal adaptadas às necessidades da população.

**2-(FGV/ TCE-PA/ 2024) 81 Com relação à prevenção da cárie em nível populacional, é correto afirmar que**

- a) a distribuição aleatória da cárie dificulta a sua prevenção.
- b) a fluoretação da água e dos dentifrícios promoveu o declínio da prevalência de cárie no Brasil.
- c) nos últimos anos, houve um aumento na prevalência de lesões extensas.
- d) a cárie dentária não é influenciada por questões sociais.
- e) independente do risco de determinada população, medidas de sobretratamento devem ser adotadas

**Comentários:**

**A letra B está correta.** Com relação à prevenção da cárie em nível populacional, é correto afirmar que a fluoretação da água e dos dentifrícios promoveu o declínio da prevalência de cárie no Brasil. O entendimento da polarização da cárie dentária como uma consequência das disparidades socioeconômicas estimulou o desenvolvimento de diversos estudos transversais para determinar as características socioeconômicas e demográficas que estariam associadas a uma maior experiência de cárie. Os estudos são unânimes em demonstrar que indivíduos de classes sociais menos favorecidas apresentam maior experiência de cárie dentária.

**3-(FGV/ALEMA/ 2023) Com relação ao Programa Brasil Sorridente, analise as afirmativas a seguir.**



**I. O programa tem interface com outras ações como o Brasil Sorridente Indígena e o Programa Saúde na Escola.**

**II. O programa coopera com ações para educação em saúde da população, mas não com a qualificação científica e profissional das equipes participantes.**

**III. Realiza levantamentos epidemiológicos como o SB Brasil 2020.**

**Está correto o que se afirma em**

**A) I e II, apenas.**

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

**C) II e III, apenas.**

**D) II, apenas.**

**E) I, II e III**

**Comentários:**

**A letra B está correta.** A afirmação II é falsa. O Programa Brasil Sorridente não apenas coopera com ações para educação em saúde da população, mas também com a qualificação científica e profissional das equipes participantes. O programa busca ampliar o acesso da população a tratamentos odontológicos e, ao mesmo tempo, qualificar os profissionais de saúde bucal e promover a educação em saúde bucal.

**4-(FGV/Prefeitura de Carangatatuba/2024) A Portaria nº 1.444/2000, do Ministério da Saúde, estabeleceu que os municípios deveriam incluir Equipes de Saúde Bucal (ESBs) no Programa Saúde da Família (PSF).**

**Na Estratégia Saúde da Família (ESF), há duas possíveis conformações das ESBs: modalidade I, em que há um cirurgião-dentista e um ASB, e a Modalidade II, a ideal, que seria composta por**

**A) um cirurgião-dentista e dois ASBs.**

**B) um cirurgião-dentista, um ASB e um TSB.**

**C) um cirurgião-dentista e dois TSBs.**

**D) dois cirurgiões-dentistas e um ASB.**

**E) dois cirurgiões-dentistas.**

**Comentários:**





**A letra B está correta.** A composição da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família inclui o cirurgião-dentista, o auxiliar de saúde bucal e o técnico em saúde bucal. Portanto, os profissionais I, II e IV fazem parte da equipe. O técnico em prótese dental, embora trabalhe em colaboração com a equipe, não é um membro da equipe de saúde bucal na ESF, pois sua atuação está mais focada na confecção e ajuste de próteses.

**5- ( FGV EBSERH - Grupo Técnico em Saúde Bucal/2025) A odontologia social e a saúde bucal coletiva buscam construir um modelo de atenção em saúde bucal orientado pelos seguintes princípios doutrinários do SUS:**

A) universalização, equidade e integralidade.

B) simplificação, desmonopolização e diversidade.

C) acessibilidade, igualdade e coletividade.

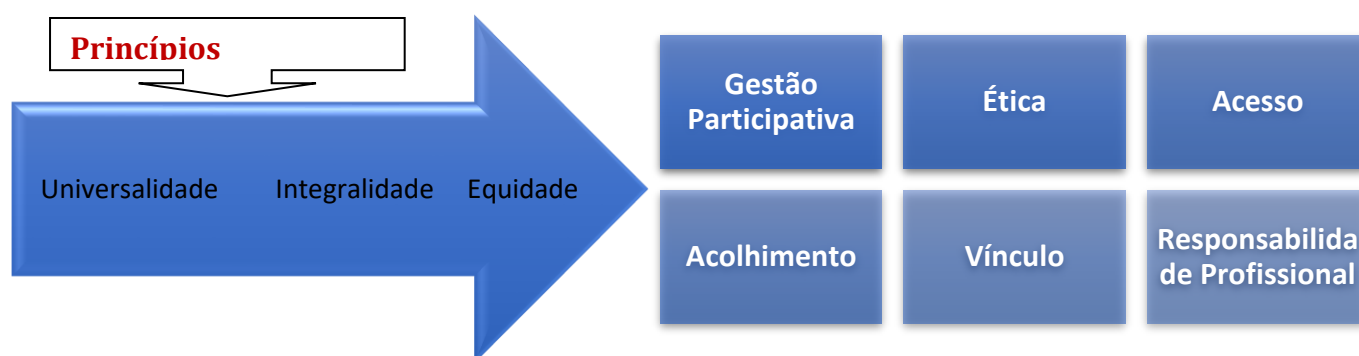
D) universalização, igualdade e integralidade.

E) integralidade, desmonopolização e equidade.

**Comentários:**

**A letra A está correta.** O desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal tem os seguintes princípios, além dos expressos no texto constitucional

:



**6-(FGV/Prefeitura de Paulínia - SP - Cirurgião Dentista Plantonista/2021) Relacione a condição médica à respectiva classificação ASA.**

1. Diabetes tipo I controlada

2. Hipertensão arterial controlada com medicação



### 3. IAM recente com PA > 200/100mmHg

### 4. Morte cerebral

☐ ASA III

☐ ASA IV

☐ ASA VI

☐ ASA II

Assinale a opção que mostra a relação correta, segundo a ordem apresentada.

a) 1, 2, 3 e 4.

b) 2, 3, 1 e 4.

c) 3, 4, 2 e 1.

d) 4, 3, 1 e 2.

e) 1, 3, 4 e 2.

#### Comentários:

1- Diabético tipo I (usuário de insulina), com doença controlada: ASA III

2- Hipertensão arterial controlada com medicação: ASA II

3- IAM recente com PA > 200/100mmHg: ASA IV

4- Morte cerebral: ASA VI

**A letra E está correta.**

7-(FGV/SES MT/2024) Com relação à anamnese, etapa de grande importância no processo de diagnóstico, assinale a afirmativa correta.

a) A queixa principal deve ser descrita com termos técnicos adequados para permitir a compreensão dos demais profissionais que acessarem o prontuário.

b) No histórico da doença atual, a queixa principal do paciente deve ter prioridade quanto à coleta de informações e análises.

c) O histórico familiar tem pouca relevância na construção do diagnóstico e no manejo do caso clínico.



**d) É um exame objetivo que deve ser baseado em formulário previamente preenchido pelo paciente na sala de espera**

#### **Comentários:**

A finalidade da anamnese é a coleta dos sintomas relatados pelo paciente. A anamnese se inicia pela identificação do paciente, que não precisa ser feita necessariamente pelo clínico, mas pelo recepcionista ou mesmo pelo próprio paciente, preenchendo formulários com todos os dados necessários.

**A letra A está incorreta.** A queixa principal é a referência ao sintoma mais importante e deve ser escrita seguindo as palavras do paciente.

**A letra B está correta.** A queixa principal é a referência ao sintoma mais importante, e a duração é entendida como o tempo decorrido desde o início do sintoma até o momento atual. É importante enfatizar que este item consiste no registro do relato da história natural da doença desde o seu início, incluindo os fatos antecedentes que possam auxiliar o diagnóstico e sua evolução até a presente data

**A letra C está incorreta.** Sabemos que existem condições hereditárias e de grande importância na construção de uma hipótese diagnóstica.

**A letra D está incorreta.** A anamnese se inicia pela identificação do paciente, que não precisa ser feita necessariamente pelo clínico, mas pelo recepcionista ou mesmo pelo próprio paciente, preenchendo formulários com todos os dados necessários. Mas atenção: a anamnese é dividida em:

- Identificação.
- Queixa/ duração.
- História da doença atual (HDA).
- Antecedentes pessoais.
- Antecedentes familiares.
- Observações

Nem todos esses dados podem ser preenchidos pelo paciente de forma a elucidar a hipótese diagnóstica, se faz necessária a participação do dentista para que seja elaborado o diagnóstico e prognóstico.

**8-(FGV/SES MT/2024) É recomendável que o processo de anamnese seja concluído com a classificação do paciente de acordo com seu estado físico ou categorias de risco médico. Para tal, a American Society of Anesthesiologists (Sociedade Americana de Anestesiologistas) propôs um sistema de classificação dos pacientes com base no estado físico. Em relação à classificação ASA, consideram-se pacientes ASA III,**

**a) os que estão nos primeiros dois trimestres de gestação.**



b) os extremamente ansiosos, com história de episódios de mal-estar ou desmaio (síncope) na clínica odontológica.

c) os que apresentam história de infarto do miocárdio ou de acidente vascular encefálico nos últimos seis meses, com pressão arterial maior que 200/100 mmHg.

d) Os que estão no último trimestre da gestação.

Comentários:

**A letra A está incorreta.** Trata-se de um exemplo da classificação Asa 2

**A letra B está incorreta.** Trata-se de um exemplo da classificação Asa 2

**A letra C está incorreta.** Trata-se de um exemplo da classificação Asa 4

A letra D está correta.

9- (FGV/TJ MS/2024) A maioria dos carcinomas bucais parece ser originada da mucosa normal, mas alguns são precedidos por lesões potencialmente malignas, que podem ser clinicamente diagnosticadas.

Entre elas incluem-se:

a) queilite actínica, eritroplasias e leucoplasias;

b) queilite actínica, eritrema multiforme e pênfigo vulgar;

c) queilite angular, eritrema migratório e eritrema multiforme;

d) queilite granulomatosa, eritrema multiforme e leucoplasias;

e) queilite granulomatosa, eritroplasias e edema angioneurótico

Comentários:

Conforme vimos na tabela abaixo são lesões potencialmente malignas as que são descritas na **letra A**

| NOME DA PATOLOGIA                          | POTENCIAL DE TRANSFORMAÇÃO MALIGNA |
|--------------------------------------------|------------------------------------|
| Leucoplasia Verrucosa Proliferativa        | ++++++                             |
| Palato nicotínico em tabagistas invertidos | +++++                              |
| Eritroplasia                               | +++++                              |
| Fibrose submucosa oral                     | +++++                              |
| Eritroleucoplasia                          | ++++                               |
| Leucoplasia granular                       | ++++                               |
| Queratose laríngea                         | +++                                |



|                                                      |     |
|------------------------------------------------------|-----|
| Queilite actínica                                    | +++ |
| Leucoplasia espessa, lisa                            | ++  |
| Língua vermelha e lisa da Síndrome de Plummer-Vinson | ++  |
| Queratose do tabaco sem fumaça                       | +   |
| Líquen plano (formas erosivas)                       | +?  |

**10- (FGV/SES MT/2024) O câncer de boca segue com uma alta taxa de mortalidade na maioria dos estudos, inclusive afetando pessoas mais jovens, apesar dos recentes avanços de controle da doença. Sobre o tema, assinale a afirmativa correta.**

**a) Os carcinomas de células escamosas representam a segunda neoplasia maligna mais comum encontrada na cavidade oral.**

**b) A etiologia do câncer de boca é unifatorial, tendo os vírus como principais responsáveis na transformação da mucosa em carcinoma.**

**c) O uso simultâneo do tabaco com álcool apresenta efeito protetor da mucosa, reduzindo significativamente o risco do câncer bucal e orofaríngeo**

**d) O vírus mais comum relacionado ao desenvolvimento do carcinoma bucal e orofaríngeo é o papilomavírus humano (HPV).**

Comentários:

**A letra A está incorreta.** Os carcinomas de células escamosas representam a segunda neoplasia maligna mais comum encontrada na cavidade oral., representando cerca de 90% das neoplasias da cavidade oral.

**A letra B está incorreta.** O carcinoma espinocelular tem etiologia multifatorial. A hereditariedade parece não desempenhar um papel principal na causalidade do carcinoma oral, embora algumas condições hereditárias (p.ex., disqueratose congênita [p. 695], anemia de Fanconi) tenham sido associadas a ele.

**A letra D está incorreta.** O uso simultâneo do tabaco com álcool apresenta efeito SINÉRGICO da mucosa, reduzindo significativamente o risco do câncer bucal e orofaríngeo

**A letra D está correta.** O vírus mais comum relacionado ao desenvolvimento do carcinoma bucal e orofaríngeo é o papilomavírus humano (HPV). Os tipos de HPV de alto risco são associados a displasia e carcinoma epidermoide. Em especial, a detecção de HPV 16 em células epiteliais está associada a um risco quase quatro vezes maior de câncer oral e a um aumento do risco superior a 14 vezes de carcinoma de orofaringe.



**11 - (FGV / TCE-PA / 2024) Com relação aos princípios da exodontia de rotina, propostos por Hupp, assinale a afirmativa correta.**

- a) Pacientes com pericoronarite grave ao redor do terceiro molar mandibular devem ter o dente extraído o quanto antes, para remissão da condição.
- b) Dentes localizados em uma área de tumor, especialmente um tumor maligno, devem ser extraídos o mais rapidamente possível.
- c) A presença de abscesso dentoalveolar originário de infecção associada com necrose pulpar é uma contraindicação local para a exodontia.
- d) A remoção de dentes do processo alveolar necessita do uso dos seguintes princípios mecânicos e instrumentais simples: a alavanca, a cunha, a roda e o eixo.
- e) Ao utilizar fórceps, o movimento inicial deve ser amplo e no sentido vestibulo-lingual.

**Comentários:**

A letra A está incorreta. Pericoronarite GRAVE é contraindicação.

A letra B está incorreta. Dentes localizados em áreas de tumor maligno são contraindicação à extração.

A letra C está incorreta. Coruja, pegadinha típica. Lembre-se: o abscesso dentoalveolar agudo só será contraindicação quando limitar a abertura de boca do paciente, ok???

A **letra D** está **correta** e é o gabarito da questão.

A letra E está incorreta. O movimento inicial não deve ser amplo! E o movimento inicial é a força apical.

**12 - (FGV / SES-MT / 2024) Um dente é considerado impactado quando não erupciona totalmente dentro do prazo de seu desenvolvimento e não se pode esperar, por mais tempo, que o faça. Hupp et al. Descrevem a frequência destas impacções dentárias, onde encontramos, de acordo com estudos de prevalência, o seguinte resultado:**

- a) os terceiros molares superiores e inferiores são os dentes mais frequentes a se tornarem impactados.
- b) os segundos molares superiores e inferiores são os dentes mais frequentes a se tornarem impactados.
- c) os terceiros molares superiores e os segundos molares inferiores são os dentes mais frequentes a se tornarem impactados.
- d) os pré-molares superiores e segundos molares inferiores e superiores são os dentes mais frequentes a se tornarem impactados.

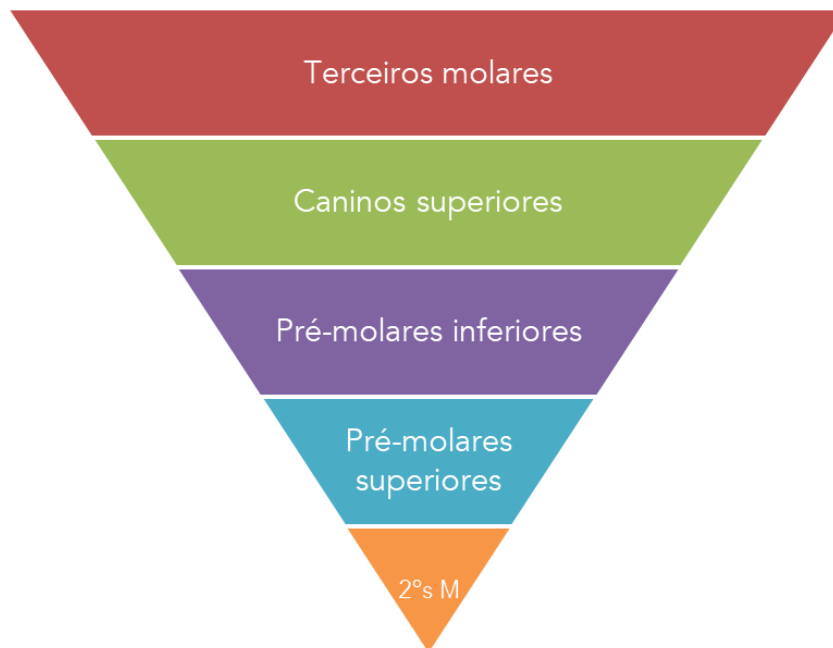


### Comentários:

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

Coruja, questão tranquila!! Não devemos esquecer que os terceiros molares (superiores e inferiores) são os dentes mais frequentemente impactados.

Veja abaixo o esquema:



**13. (FGV/TRF1/2024) Um cirurgião-dentista recebeu em seu consultório um paciente de 4 anos de idade, pesando 16 kg, no qual precisará realizar uma pulpotomia no elemento 85. Para realizar a anestesia local, ele selecionou a lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000. Considerando que a dose máxima recomendada desse anestésico é 7 mg/kg e que a dosagem no tubete é de 20 mg/ml, a quantidade máxima de tubetes que o dentista pode usar para anestesiá-lo é:**

- (A) 1;
- (B) 2;
- (C) 3;
- (D) 4;
- (E) 5;

### Comentários:

Para calcular a quantidade máxima de tubetes que pode ser utilizado no paciente, iremos multiplicar 20 mg/ml pelo volume de um tubete (1,8) = 36 mg do sal anestésico em 1 tubete.

Iremos pegar o valor do peso do paciente (16) e multiplicar pela dose máxima recomendada (7) = 112

Então, é só dividir  $112/36 = 3,1 = 3$  tubetes.





Portanto, o gabarito é letra C.

**14. (FGV/SES-MT/2024) Relacione tipos de técnica anestésica, às respectivas inervações sensitivas dos dentes.**

**1. Nervo alveolar inferior**

**2. Nervo alveolar superior posterior**

**3. Nervo lingual**

**4. Nervo alveolar superior anterior**

**( ) todos os dentes inferiores.**

**( ) tecido mole lingual de todos os dentes.**

**( ) caninos e incisivos superiores.**

**( ) molares superiores, exceto a raiz mesiovestibular do primeiro molar.**

**Assinale a opção que indica a relação correta, na ordem apresentada.**

**A) 4 - 1 - 3 - 2.**

**B) 3 - 2 - 4 - 1.**

**C) 1 - 4 - 2 - 3.**

**D) 1 - 3 - 4 - 2.**

**Comentários:**

Para resolver a questão, precisamos fazer a seguinte associação:

(1) Nervo alveolar inferior: anestesia todos os dentes inferiores, do hemiarco.

(3) Nervo lingual: anestesia tecido mole lingual de todos os dentes (não anestesia tecidos duros)

(4) Nervo alveolar superior anterior: anestesia a bateria anterior, superior, a exemplo dos caninos e incisivos superiores.

(2) Nervo alveolar superior posterior: anestesia molares superiores, exceto a raiz mesiovestibular do primeiro molar, que é dada pelo nervo alveolar superior médio (presente em 28% da população). Em



quem não apresenta o Nervo alveolar superior médio, essa anestesia é dada pelo Nervo alveolar superior anterior.

Portanto, o gabarito é letra D.

15. (FGV/SES-MT/2024) Segundo a última recomendação da AHA (*American Heart Association*) para profilaxia da endocardite bacteriana em pacientes alérgicos a penicilinas, um paciente portador de prótese de válvula mitral que será submetido a exodontias múltiplas deve receber antibioticoterapia profilática. Assinale a alternativa que apresenta a droga, a dose e quanto tempo antes do procedimento deve ser feita essa profilaxia.

- A) Clindamicina, 600mg – 1 dia antes do procedimento cirúrgico.
- B) Eritromicina, 500mg – 1 hora antes do procedimento cirúrgico.
- C) Doxiciclina, 100mg – 1 hora antes do procedimento cirúrgico.
- D) Clindamicina, 300mg – 30 minutos antes do procedimento cirúrgico.

Comentários:

Segundo as novas recomendações da AHA, recomenda-se o uso da DOXICILINA (além de Cefalexina, Azitromicina e Claritromicina para alérgicos à amoxicilina, como primeira escolha, ao invés daclindamicina. Veja as dosagens, diretamente da publicação:

| Antibiotic Prophylactic Regimens<br>for Dental Procedures                           |                                   |              |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------|----------------------------------------|
| Regimen – Single dose 30 to 60 minutes before procedure                             |                                   |              |                                        |
| Situation                                                                           | Agent                             | Adults       | Children                               |
| Oral                                                                                | Amoxicillin                       | 2 g          | 50 mg/kg                               |
| Unable to<br>take oral<br>medication                                                | Ampicillin OR                     | 2 g IM or IV | 50 mg/kg<br>IM or IV                   |
|                                                                                     | Cefazolin or<br>ceftriaxone       | 1 g IM or IV | 50 mg/kg<br>IM or IV                   |
| Allergic to<br>penicillins or<br>ampicillin—<br>oral regimen                        | Cephalexin*                       | 2 g          | 50 mg/kg                               |
|                                                                                     | OR                                |              |                                        |
|                                                                                     | Azithromycin or<br>clarithromycin | 500 mg       | 15 mg/kg                               |
| Allergic to<br>penicillin or<br>ampicillin and<br>unable to take<br>oral medication | OR                                |              |                                        |
|                                                                                     | Doxycycline                       | 100 mg       | <45 kg,<br>2.2 mg/kg<br>>45 kg, 100 mg |
|                                                                                     | Cefazolin or<br>ceftriaxone†      | 1 g IM or IV | 50 mg/kg<br>IM or IV                   |

Clindamycin is no longer recommended for antibiotic prophylaxis for a dental procedure.  
IM indicates intramuscular; and IV, intravenous.  
\* Or other first- or second-generation oral cephalosporin in equivalent adult or pediatric dosing.  
† Cephalosporins should not be used in an individual with a history of anaphylaxis, angioedema, or urticaria with penicillin or ampicillin.

Portanto, o gabarito é letra C.



16. (FGV/SES-MT/2024) Com relação aos benzodiazepínicos, assinale a afirmativa correta.

- (A) Atuam de forma alostérica sobre o receptor do tipo FcGAMA.
- (B) Pioram a resposta inibitória promovida pelo GABA.
- (C) Oferecem uma boa ação ansiolítica de forma aguda, sendo indicados para o controle da ansiedade odontológica.
- (D) Atuam inibindo a abertura de canais de cloreto.

**Comentários:**

Os benzodiazepínicos atuam sobre o GABA, um neurotransmissor natural, potencializando a sua ação, bem como facilitando a abertura dos canais de cloreto. Oferecem ação segura contra a ansiedade aguda, podendo ser indicados para controle de ansiedade na prática odontológica.

**Portanto, o gabarito é letra C.**

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



***Quer ter acesso ao conteúdo completo do edital?  
Então vem ser aluno coruja!!***

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gostou do nosso material? 😊



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

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

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

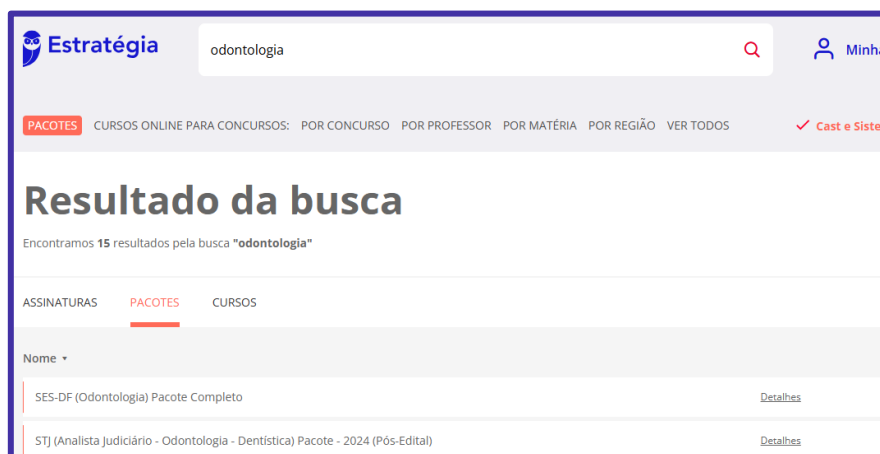
Se você ainda não é aluno coruja, te convido a conhecer os nossos cursos!



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

### Veja os exemplos:

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



## CONHEÇA A EQUIPE DA ODONTOLOGIA



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

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

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

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

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

**Professora. Raquel Cardoso** - aprovada em 1º lugar na especialidade de Prótese Dentária no Concurso de Oficiais de Saúde da PMDF

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.