

Aula 00 - Prof.^a Cássia Reginato

*PB-Saúde (Odontologia Cirurgião
Dentista) Conhecimentos Específicos -
2024 (Pós-Edital)*

Autor:

**Cássia Reginato, Larissa Oliveira
Ramos Silva, Mirela Sangoi
Barreto, Renata Pereira de Sousa
Barbosa, Stefania Maria Bernardi**
12 de Setembro de 2024
Possamai 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 FMS TERESINA - PLANTONISTA 2024

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





PROVA FMS TERESINA - CIRURGIÃO DENTISTA ESF 2024

| CONTEÚDO | NÚMERO DE QUESTÕES | PORCENTAGEM NA PROVA ESPECÍFICA |
|--|--------------------|---------------------------------|
| SUS | 2 (ESPECÍFICA) + 5 | 20% |
| Cariologia | 6 | 20% |
| Anestesiologia | 4 | 13,3% |
| Periodontia | 3 | 10% |
| Biossegurança | 2 | 6,6% |
| Pacientes sistemicamente comprometidos | 2 | 6,6% |
| Trauma em dentes permanentes | 2 | 6,6% |
| Materiais | 1 | 3,3% |
| Endodontia | 1 | 3,3% |
| Prótese | 1 | 3,3% |
| Odontopediatria | 1 | 3,3% |
| Patologia | 1 | 3,3% |
| Radiologia | 1 | 3,3% |
| Cirurgia | 1 | 3,3% |
| Perícia | 1 | 3,3% |
| Código de Processo Ético | 1 | 3,3% |

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

Estamos aqui para direcionar o seu estudo de forma certa.

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

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



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 | Conheça sua banca! Uma aula cheia de dicas para iniciarmos os estudos! | Cássia | 12/09 |
| Aula 01 | Dentística 01 | Renata | 13/09 |
| Aula 02 | Periodontia 01 | Stefania | 14/09 |
| Aula 03 | Semiologia | Cássia | 15/09 |
| Aula 04 | HIV | Cássia | 16/09 |
| Aula 05 | Farmacologia 01 | Mirela | 17/09 |
| Aula 06 | Cirurgia 01 | Larissa Oliveira | 18/09 |
| Aula 07 | Dentística 02 | Renata | 20/09 |
| Aula 08 | Periodontia 02 | Stefania | 21/09 |
| Aula 09 | Cirurgia 02 | Larissa Oliveira | 22/09 |
| Aula 10 | Farmacologia 02 | | 23/09 |
| Aula 11 | Dentística 03 | Renata | 24/09 |
| Aula 12 | Endodontia 01 | Mirela | 25/09 |
| Aula 13 | Dentística 04 | Renata Barbosa | 26/09 |
| Aula 14 | Oclusão | Larissa Oliveira | 27/09 |
| Aula 15 | Anestesiologia 01 | Mirela | 28/09 |
| Aula 16 | Saúde coletiva 01 | Renata | 29/09 |
| Aula 17 | Endodontia 02 | Mirela | 01/10 |
| Aula 18 | Odontopediatria 01 - Endodontia | Cássia | 02/10 |
| Aula 19 | Anestesiologia 02 | Mirela | 03/10 |
| Aula 20 | Cariologia 01 | Cássia | 04/10 |
| Aula 21 | Cariologia 02 | Cássia | 05/10 |
| Aula 22 | Saúde coletiva 02 | Renata | 06/10 |



| | | | |
|---|--|----------|-------|
| Aula 23 | Odontopediatria – Procedimentos restauradores | Cássia | 06/10 |
| Aula 24 | Odontopediatria 02- Traumatismo em decíduos | Cássia | 07/10 |
| Aula 25 | Biossegurança 01- noções em biossegurança e doenças de notificação compulsória | Cássia | 08/10 |
| Aula 26 | Biossegurança 02 – desinfecção e esterilização | Cássia | 09/10 |
| Aula 27 | Saúde coletiva 03 - apenas videoaula | Renata | 10/10 |
| Aula 28 | Questões comentadas | Mirela | 10/10 |
| Aula 29 | Questões comentadas | Stefania | 11/10 |
| Aula 30 | Questões comentadas | Renata | 12/10 |
| Aula 31 | Questões comentadas | Larissa | 13/10 |
| DATA DA NOSSA VERISÃO DE VÉSPERA | | | 14/12 |
| DATA DA SUA PROVA | | | 15/12 |



CORUJINHA APROVADA!



CORUJA APROVADA

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

Nome: Fernanda Paz

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

Colocação: 1º colocada

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

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

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

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

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



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

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



CONHEÇA OS CONTEÚDOS MAIS COBRADOS PELA BANCA

SUS e Saúde Coletiva

Níveis de Prevenção

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

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



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

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

A História natural das doenças e classificação das medidas preventivas

Podemos definir a **História Natural da Doença** como **o conjunto de processos interativos que compreendem as interrelações do agente, hospedeiro (suscetível) e meio ambiente**. As alterações, resultantes desse processo, podem resultar em um defeito, invalidez, recuperação ou morte.

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





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

1) Período de pré-patogênico:

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

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

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

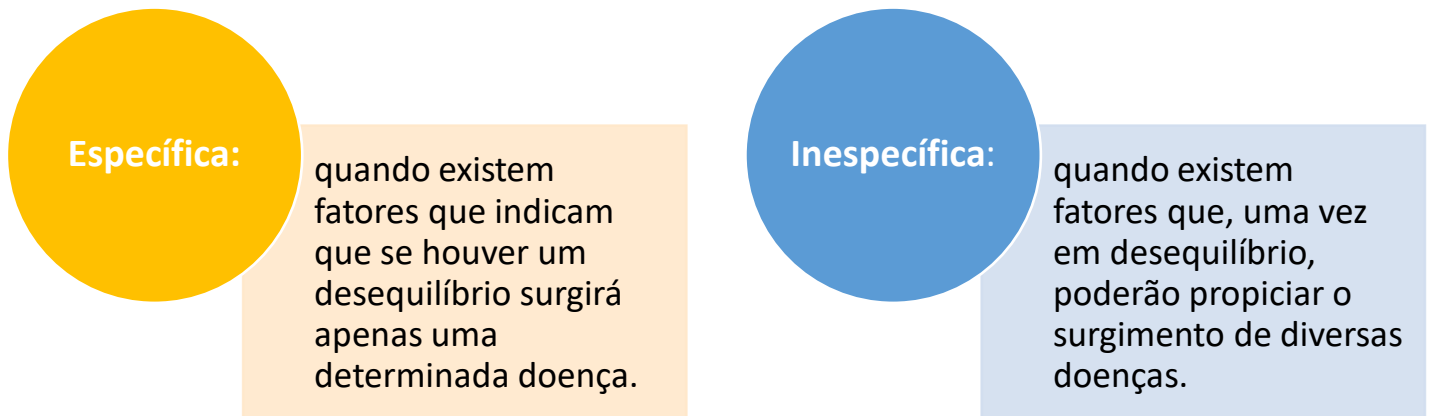
Ex: Todos têm *S. mutans*, meio ambiente bucal e dentes, mas nem todos têm a doença cárie, porque equilibramos os fatores através da higienização bucal, da utilização de fluoretos, do controle da dieta, etc...

PERÍODO PRÉ-PATOGÊNICO:

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



Pode ser:



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

2) Período de patogênese:

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

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

Assim:

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

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





Vamos conversar detalhadamente sobre elas:

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

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

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

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

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

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

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



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

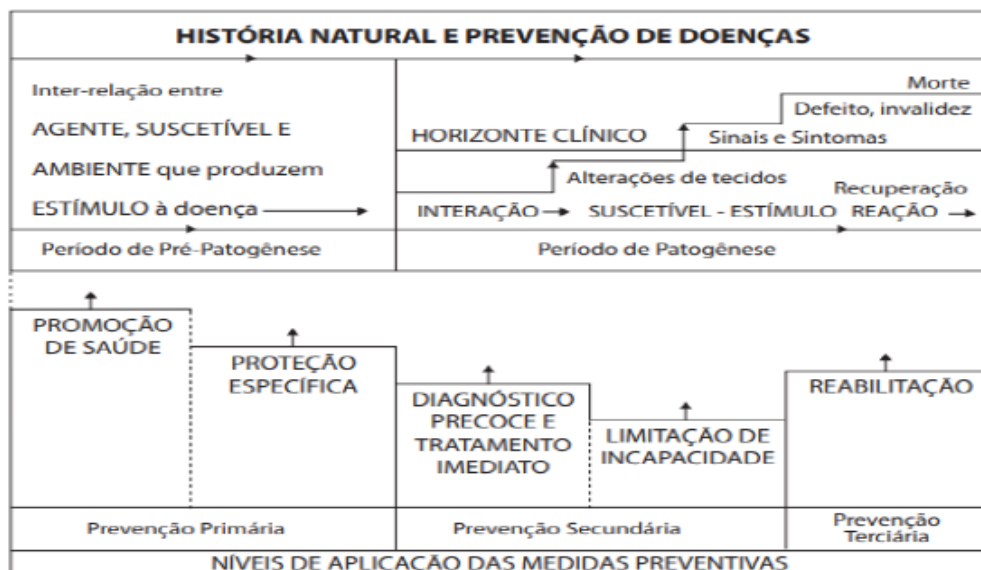


FIGURA – esquema de níveis de aplicação e de prevenção . Fonte: Ministério da Saúde.



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

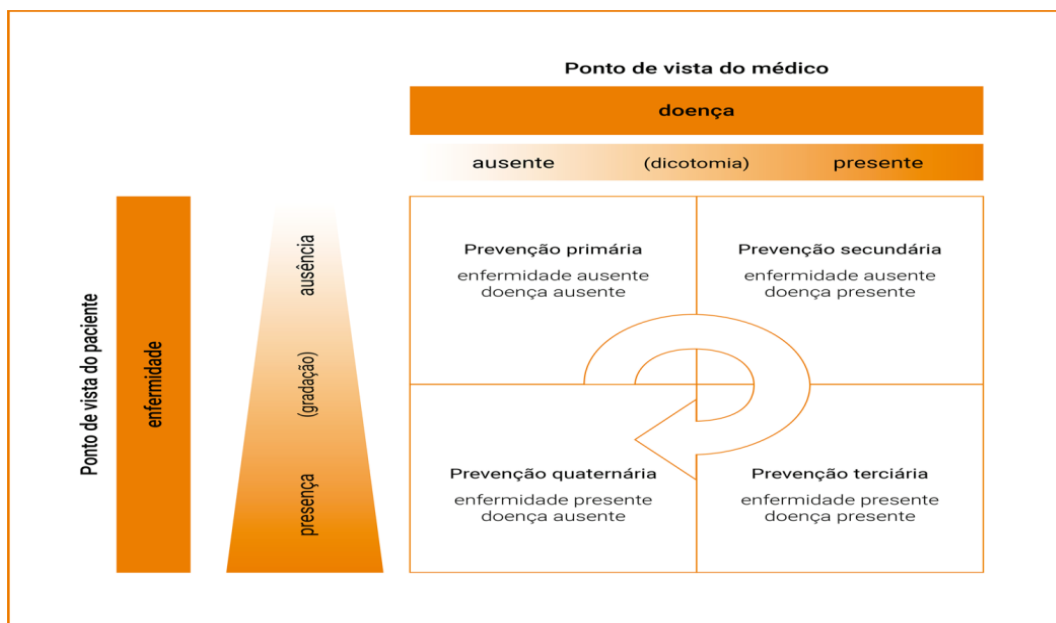


FIGURA – esquema de níveis de prevenção . Fonte: Google images





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

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

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



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

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

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

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

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

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



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

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

O ideal é a prevenção primária (antes da instalação da doença)!

O **conceito de Promoção da Saúde** aparece como um dos níveis da prevenção primária, definido como um conjunto de ações que desenvolveriam uma saúde “ótima”.

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



1) Promoção de saúde:

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

2) Proteção específica:

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

3) Diagnóstico precoce e tratamento imediato:

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



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

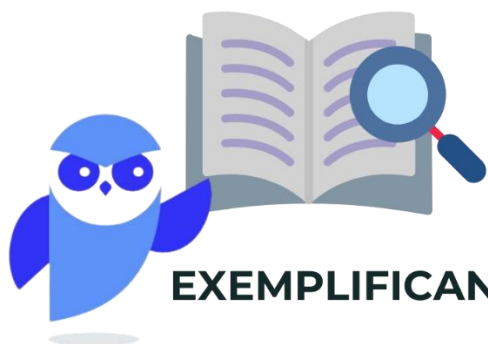
4) Limitação do dano

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

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

5) Reabilitação

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



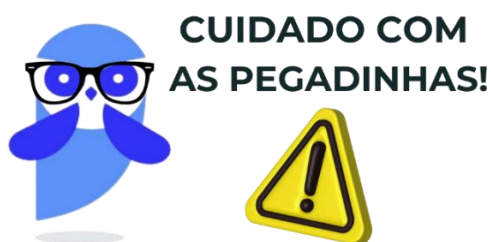
EXEMPLIFICANDO:

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

FIGURA – esquema de níveis de prevenção . Fonte: Google images

Aluno estrategista tenha atenção ao distinguir os níveis (de 1 a 5) dos tipos de atenção (primária, secundária e terciária). Isso causa muita discordância e você pode se confundir na questão. Confere o esquema que eu fiz!





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

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



Níveis de prevenção em relação à Cárie.

1º nível de prevenção: Promoção de Saúde

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



2º nível de prevenção: Proteção específica

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



3º nível de prevenção: Diagnóstico precoce

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



4º nível de prevenção: Limitação do dano

limitação do dano em relação à cárie dentária envolve tratamentos ntramos no âmbito da **Odontologia** Curativa, seja na área de dentística, periodontia, **endodontia**, de acordo com o caso específico e fase em que a cárie se encontra, com o intuito de limitar o dano ao paciente.



5º nível de prevenção: Reabilitação

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



Níveis de prevenção em relação à Doença Periodontal.

1º nível de prevenção: Promoção de Saúde

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

2º nível de prevenção: Proteção específica

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

3º nível de prevenção: Diagnóstico precoce

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

4º nível de prevenção: Limitação do dano

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

5º nível de prevenção: Reabilitação

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



Níveis de prevenção em relação às Oclusopatias.



1º nível de prevenção: Promoção de Saúde

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

2º nível de prevenção: Proteção específica

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

3º nível de prevenção: Diagnóstico precoce

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

4º nível de prevenção: Limitação do dano

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

5º nível de prevenção: Reabilitação

A reabilitação da maloclusão através de tratamentos cirúrgicos complexos/ortognática





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

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

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

Prevenção Primária.

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

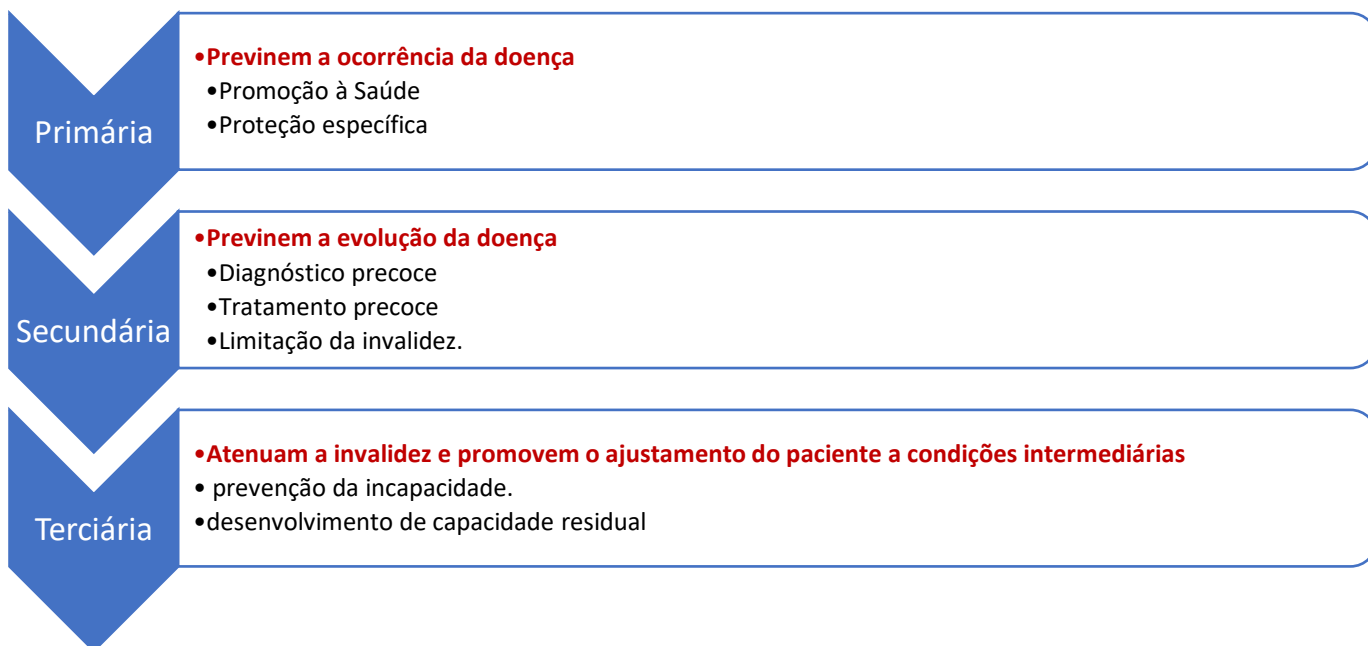
Prevenção Secundária.

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

Prevenção terciária.

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





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

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

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

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



CARIOLOGIA

Conceitos de cárie dentária que aparecem nas provas



ENTENDA O CONCEITO:

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

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

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

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

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

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

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

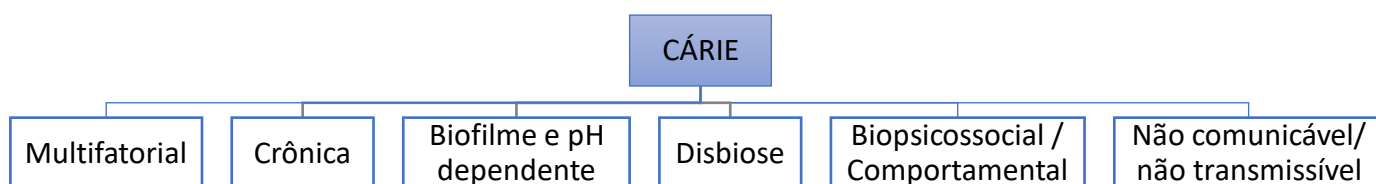
A **cárie** é uma **doença biopsicossocial** causada por um **desequilíbrio na microbiota bucal nativa** provocado principalmente pelo **consumo em grande frequência de carboidratos fermentáveis, especialmente, mas não apenas, a sacarose**, e que leva a perda de mineral nos tecidos duros do dente. Caso nada seja feito para conter essa perda mineral, ela irá se manifestar clinicamente,



no início como uma lesão não cavitada, que pode evoluir para uma cavidade. Portanto, devido a esse **caráter dinâmico da doença**, alguns autores afirmam que a avaliação do risco de que a doença seja desenvolvida num futuro próximo no paciente pode fazer com que se evite, ou pelo menos diminua a chance, de a doença instalar-se e evoluir para uma lesão de cárie. (Diretrizes para procedimentos clínicos em odontopediatria, 2021).

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

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



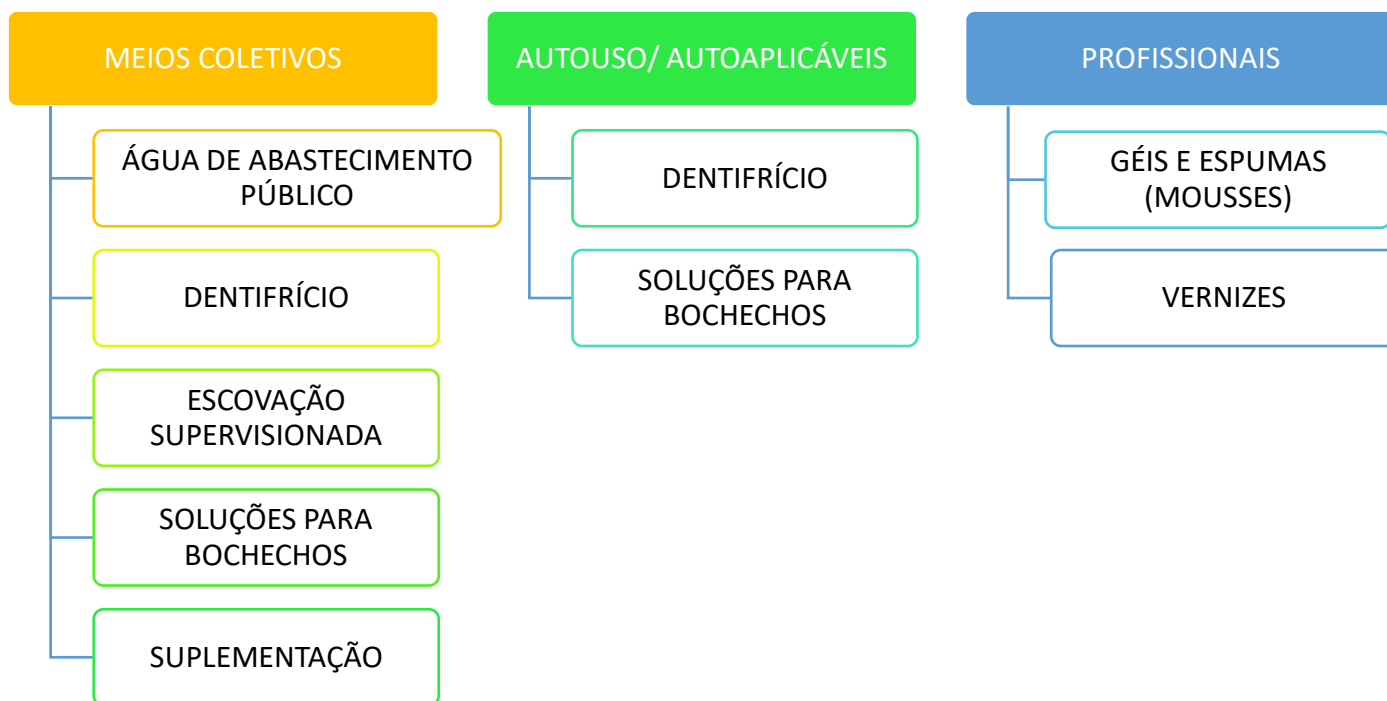
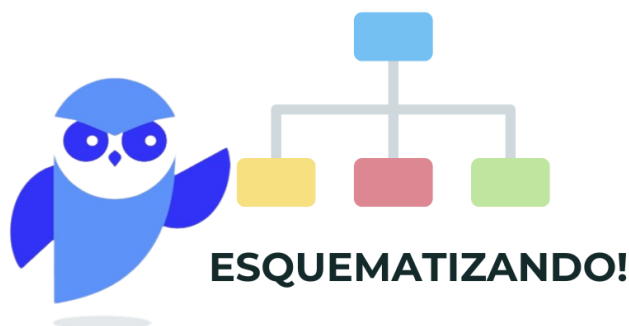
O papel do flúor

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



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

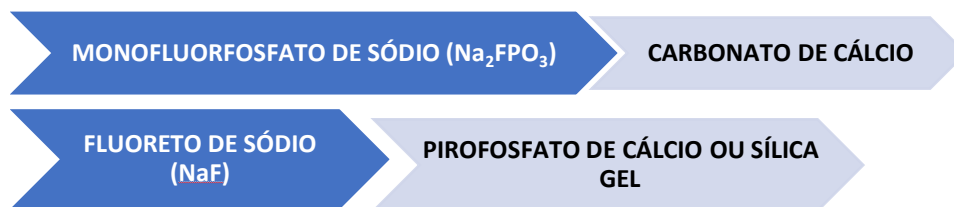
São **métodos sistêmicos** de fornecimento de flúor: **a água, o leite, o sal e os suplementos**; e **métodos tópicos** os **dentifrícios, géis, vernizes e bochechos**.



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

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





DESPENCA NA
PROVA!

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

DIAGNÓSTICO E ICDAS

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

FLUOROSE DENTÁRIA

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

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

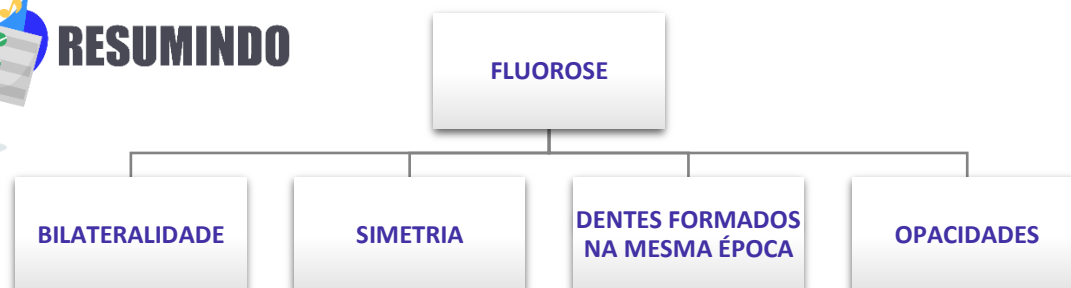
A ingestão de flúor, por meio da água de abastecimento ou dentifrício, deve estar entre 0,05 e 0,07 mg/kg de peso corporal para que o risco de fluorose dentária seja aceitável.



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



RESUMINDO



ESTA É
DIFÍCIL!

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

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





ART

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

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

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

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



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

ANESTESIOLOGIA

Classificação dos anestésicos locais



Ésteres

Procaína

Propoxicaína

Cloroprocaína

Hexilcaína

Piperocaína

Tetracaína

Butacaína

Amidas

Lidocaína

Articaína

Mepivacaína

Prilocaína

Bupivacaína

Ropivacaína

Etidocaína

Dibucaína

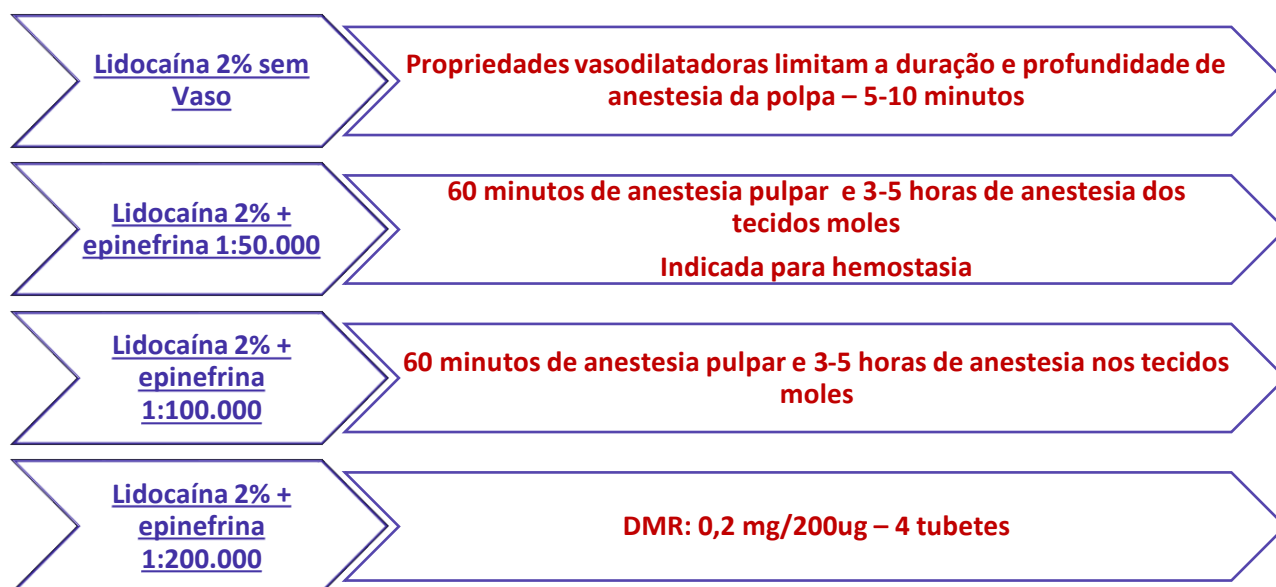
AMIDAS

Anestésicos locais **mais utilizados em Odontologia.**



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

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



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

Mepivacaína:

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



- **Classificação gravidez:** C
- **Lactação:** segura

**Mepivacaína 2%
sem vaso**

Utilizada quando vasoconstritor está contraindicado
2-3 horas de anestesia dos tec. moles

**Mepivacaína 3% +
levodornefrina
1:20.000**

Profundidade e duração de anestesia = à lidocaína + epinefrina
60 min de anestesia pulpar e 3-5 horas de anestesia nos tecidos moles
Se necessita de emostasia: empregar epinefrina

**Mepivacaína 3% +
epinefrina
1:100.000**

60 minutos de anestesia pulpar e 3-5 horas de anestesia nos tecidos moles

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

Prilocaína:

- **Potência:** 2
- **Toxicidade:** 1 (40% menor que Lidocaína)
- **Metabolismo:** **figado** 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



**Prilocaína 4% +
felipressina sem
vaso**

Indicada para pacientes com comorbidades sistêmicas compensadas

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 **congênita** 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 metemoglobinemia. 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.

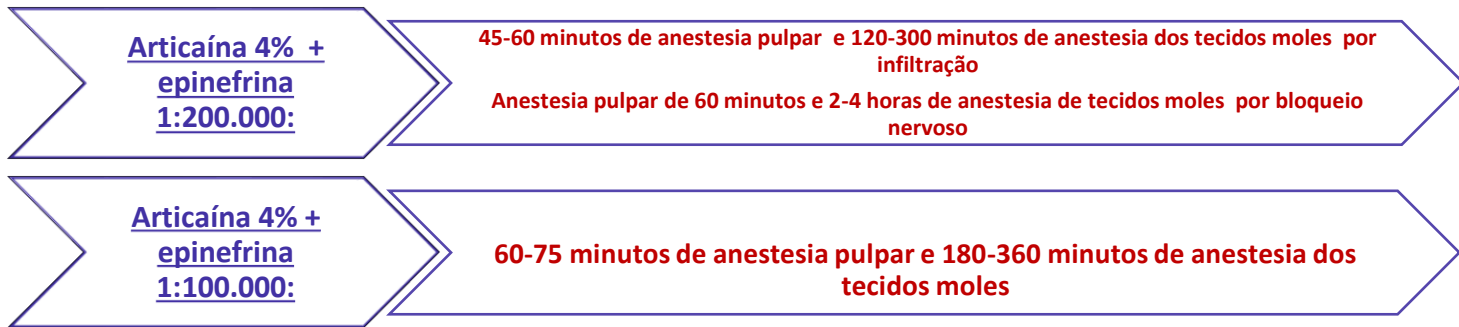
O paciente com metemoglobinemia desenvolve **cianose**, apresentando **sangue de coloração marrom azulado e sinais de depressão respiratória**. Ele apresentará **cansaço, letargia, dificuldade respiratória, pele acinzentada, lábios e unhas cianóticos**.

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_½:** 27 minutos (Malamed), 40 minutos (Andrade): **MENOR MEIA VIDA PLASMÁTICA!**
- **Anestesia tópica:** não
- **Classificação gravidez:** C
- **Amamentação:** desconhecida



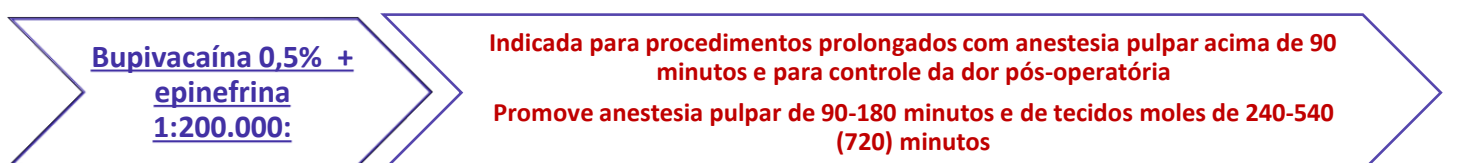
- ❖ Único anestésico do tipo amida com **anel tiofeno como radical lipofílico**
- ❖ Anestésico **híbrido: éster + amida**
- ❖ Sem relatos de metemoglobinemia após administração no modo e volume habituais

Contraindicações:

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

Bupivacaína:

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



Contraindicações:



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



DESPENCA NA PROVA!

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.

Achou complicado?

Então **vamos exemplificar!**



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

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

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





DESPENCA NA PROVA!

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

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

Como **prevenção:**

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

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

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

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





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

- **Paralisia do nervo facial:** bloqueio de nervo infraorbital ou quando se infiltram os caninos maxilares. Comumente é causada pela **introdução de anestésico local na cápsula da glândula parótida**, que se localiza no limite posterior do ramo mandibular, envolta pelos músculos pterigoideo medial e masseter. O direcionamento da agulha posteriormente ou o desvio inadvertido em uma direção posterior **durante um BNAI**, ou ainda uma inserção excessiva durante um **bloqueio nervoso de Vazirani-Akinosi**, podem colocar a ponta da agulha dentro do corpo da glândula parótida.
- **Trismo:** espasmo tetânico prolongado dos músculos da mandíbula, que acabam por restringir a abertura normal da boca (mandíbula fechada); pode se tornar um dos problemas mais crônicos e difíceis de tratar.

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

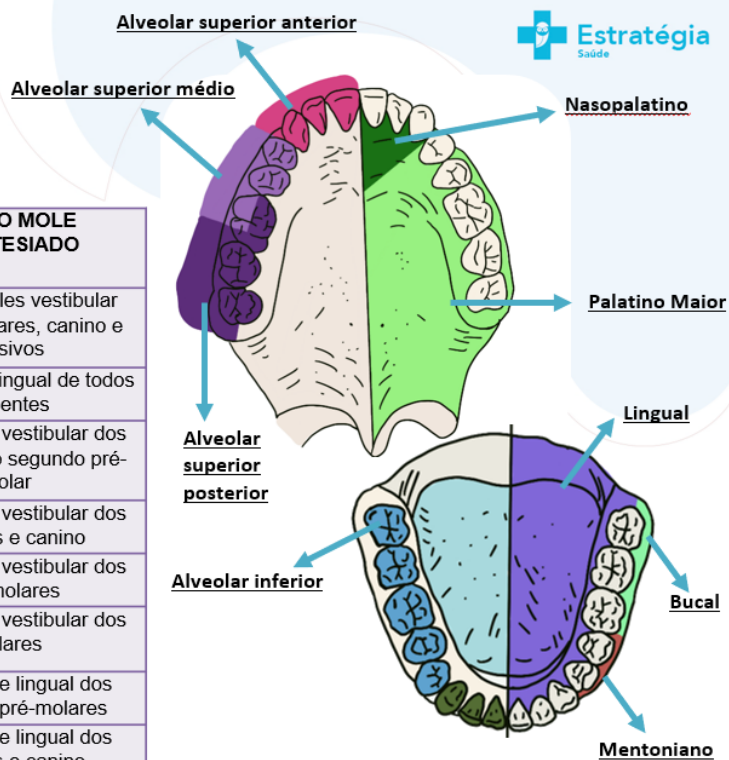
Por fim, antes de prosseguirmos com o estudo das técnicas de anestesia maxilar e mandibular mais cobradas em provas, vamos revisar um conteúdo muito importante: a **inervação sensitiva dos maxilares x dentes e tecidos moles inervados**.



TÉCNICAS ANESTÉSICAS NA ODONTOLOGIA



| INERVAÇÃO SENSITIVA DOS MAXILARES NERVO | DENTES ANESTESIADOS | TECIDO MOLE ANESTESIADO |
|---|--|--|
| Alveolar inferior | Todos os dentes mandibulares | 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 |



As técnicas anestésicas mais cobradas em prova são:

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

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

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



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

| Bloqueio do nervo alveolar superoposterior (ASP): | |
|---|---|
| Recomendado para o tratamento de vários dentes molares em um quadrante. | |
| Nervo anestesiado: | ASP |
| Outros nomes: | Bloqueio da tuberosidade baixa ou zigomático. |
| Áreas anestesiadas: | Área anestesiada: 1°, 2° e 3° mols (72% dos casos, porém, raiz mesiobucal do 1° mol não anestesiada em 28% dos casos) + tecido periodontal vestibular. |
| Técnica: | Introdução da agulha: fundo de vestíbulo do 2o molar superior, 45 graus em relação ao Plano oclusal e ao longo eixo do segundo molar superior (para cima, dentro e trás). |
| Profundidade de penetração média da agulha = | 16mm. Injetar 0,9 a 1,8ml. |
| Complicações: | Hematoma: introdução da agulha no plexo venoso pterigoideo. |



| Bloqueio do nervo palatino maior (anterior): | |
|--|--|
| Recomendado para o tratamento dos tecidos moles e ósseos palatinos distais ao canino em um quadrante. Porção posterior do palato duro e tecidos moles que o cobrem anteriormente até o 1ºpm e medialmente até a linha média. | |
| Técnica: | Agulha pelo lado oposto, ângulo reto com o palato duro. |
| Direção da agulha: | Na região distal ao segundo molar. |
| Injetar | 0,45 a 0,6 ml. |
| Complicações: | Isquemia com necrose dos tecidos moles do palato (Não usar noradrenalina). Hematoma (raro). Desconforto pela eventual anestesia do palato mole: ocorre nos casos em que o nervo palatino médio está próximo ao local da injeção. |

| Bloqueio do nervo nasopalatino: |
|---|
| Recomendado para o tratamento dos tecidos moles e ósseos palatinos de canino a canino bilateralmente. Sinônimo: bloqueio do nervo incisivo, bloqueio do nervo esfenopalatino. |
| Porção anterior do palato duro e tecidos moles que o cobrem da região medial do 1ºPM direito até a mesma região contralateral. |
| Duas técnicas descritas: Técnica da injeção única. Técnica das múltiplas perfurações. |

| Bloqueio do nervo alveolar inferior (BNAI): |
|---|
| Erroneamente designado de bloqueio nervoso mandibular. |
| Segunda técnica de injeção mais frequentemente usada (depois da infiltração). |



| |
|--|
| Técnica com maior porcentagem de fracassos |
| Possível necessidade de complementação em região de Inc. inferiores. |
| Exige uma profundidade de penetração da agulha de 25 mm. |

Anestesia:

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

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

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

| | |
|--------------------------------|---|
| Nervo anestesiado: | alveolar inferior, lingual, mentoniano, incisivo, milohióideo. |
| Áreas anestesiadas: | dentes mandibulares, mucoperiósteo vestibular, 2/3 anteriores da língua, assoalho bucal, mucoperiósteo lingual, e corpo mandibular. |
| Indicações: | Limitação abertura de boca. Incapacidade de localizar pontos de reparo para o BNAI. Múltiplos procedimentos em dentes mandibulares. |
| Profundidade da agulha: | 25mm, bisel voltado para a linha média. Injetar 1,5 a 1,8 ml. |

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

Te vejo lá!



PERIODONTIA

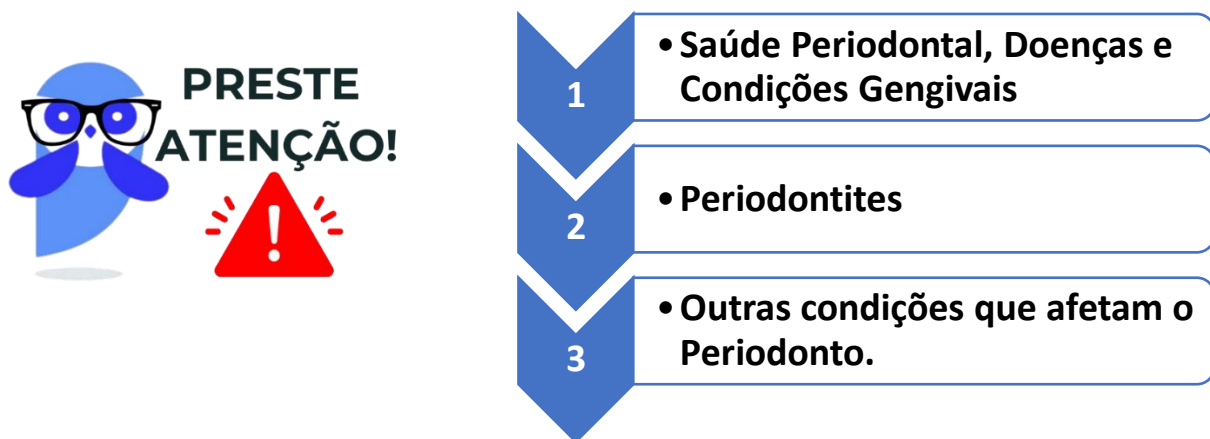
Um dos assuntos queridinhos do momento é a nova classificação das doenças periodontais e a IDECAN não ficaria de fora dessa! Vamos juntos aprender os principais tópicos do assunto!

Classificação das doenças periodontais, 2017

Vamos traçar um panorama entre a classificação de 1999 e 2017

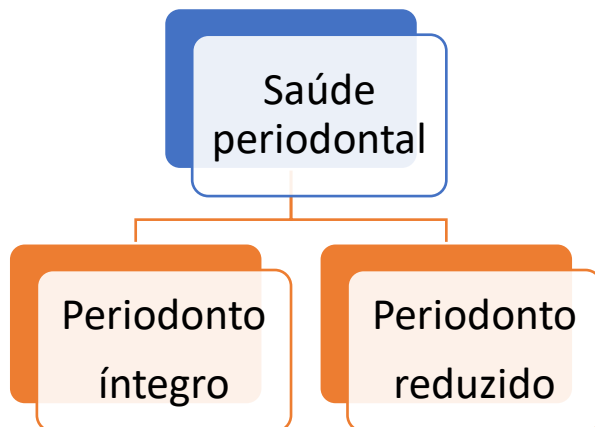
| Doenças e condições periodontais | | | |
|----------------------------------|--|--|--|
| Classificação, 2017 | Saúde periodontal, doenças e condições gengivais. | Periodontite | Outras condições que afetam o periodonto. |
| Classificação, 1999 | Doenças gengivais | Periodontite crônica Periodontite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

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



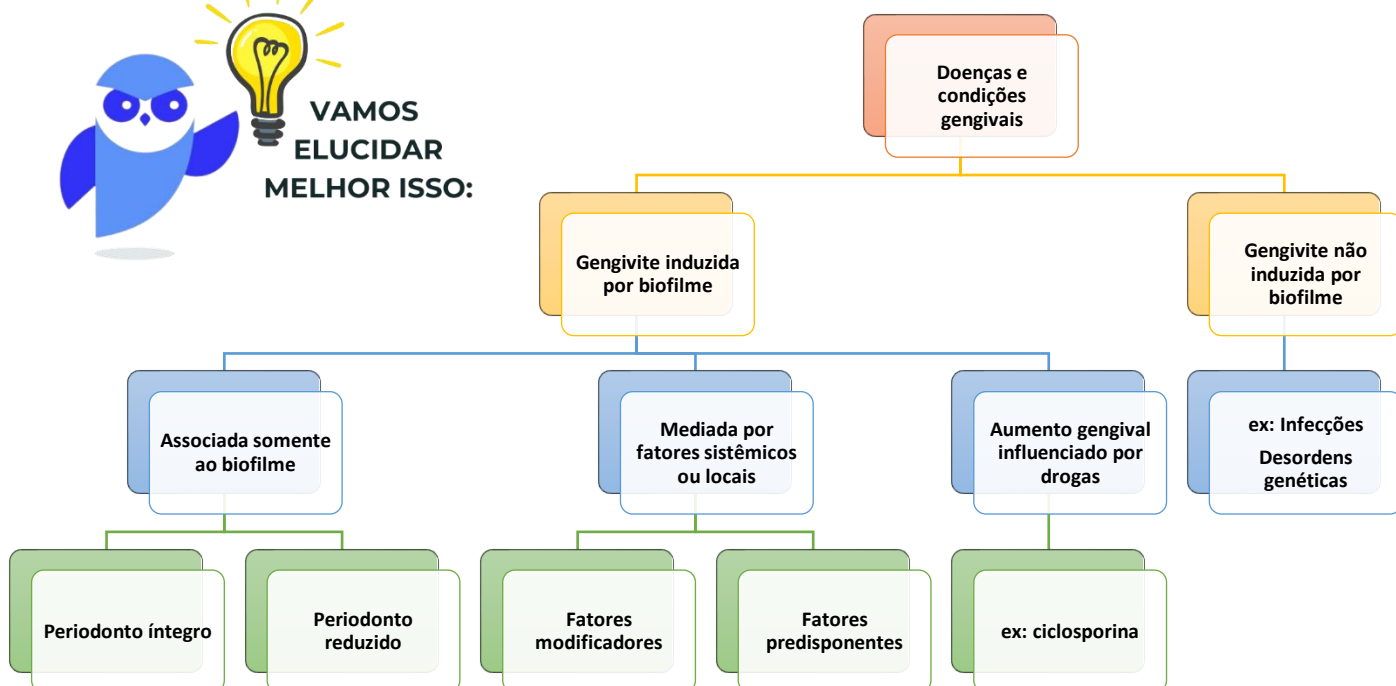
Para fins didáticos, vamos desmembrar a primeira categoria, lembrando que a primeira categoria é de Saúde periodontal, doenças e condições gengivais.

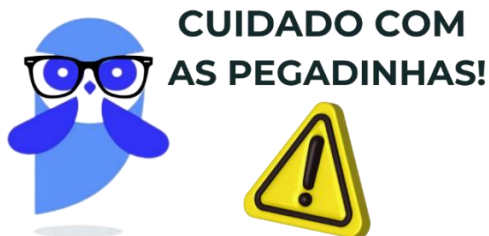




Doenças e condições gengivais

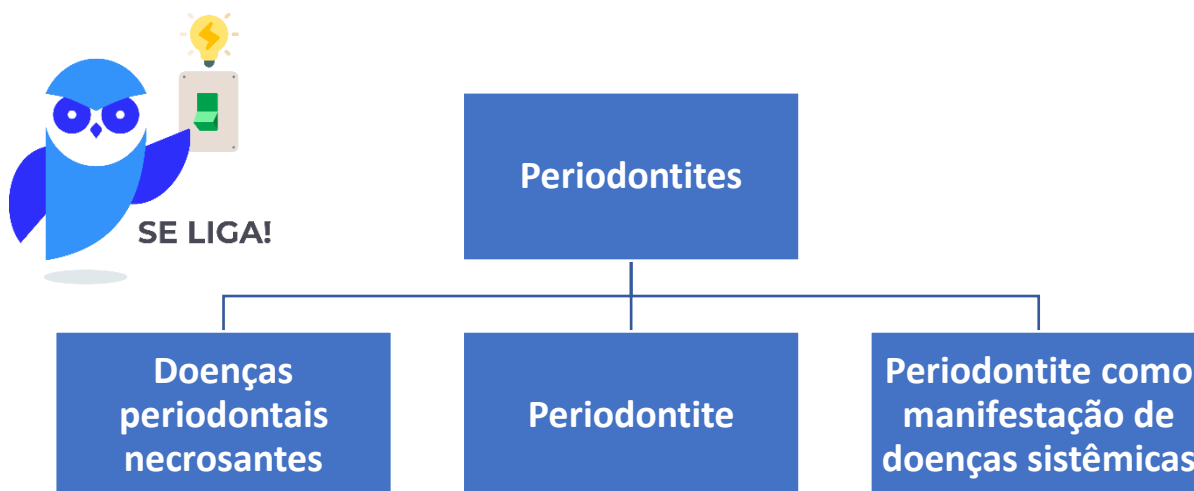
Abaixo veremos um quadro que, baseado nos critérios clínicos, diferencia a saúde gengival ou gengivite induzida por biofilme dental nos periodontos íntegros e reduzidos.





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

As três categorias de periodontites são:





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



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

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



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

Clinicamente, a periodontite caracteriza-se por:

- perda de inserção de **2 mm ou mais** detectada em dois ou mais sítios interproximais não adjacentes;
ou

- perda de inserção de **3 mm ou mais**, com profundidade de sondagem clínica maior que 3 mm, na face vestibular ou lingual/palatina de pelo menos 2 dentes, **sem que esta seja atribuída a:**
- retração gengival de origem traumática;
 - cárie dentária que se estende à área cervical do dente;
 - perda de inserção na face distal de um segundo molar e associada ao mau posicionamento ou à extração de um terceiro-molar;
 - lesão endodôntica que drena pelo periodonto marginal;
 - fratura radicular vertical.



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

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



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

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

Por fim, a terceira categoria das doenças periodontais.

Outras condições que afetam o periodonto:

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



CIRURGIA

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



DIÉRESE

EXÉRESE

HEMOSTASIA

SÍNTESE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

TERCEIRO PRINCÍPIO: evitar seccionar estruturas vitais

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

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

REVISANDO AS INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES PARA EXTRAÇÃO DENTÁRIA

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



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

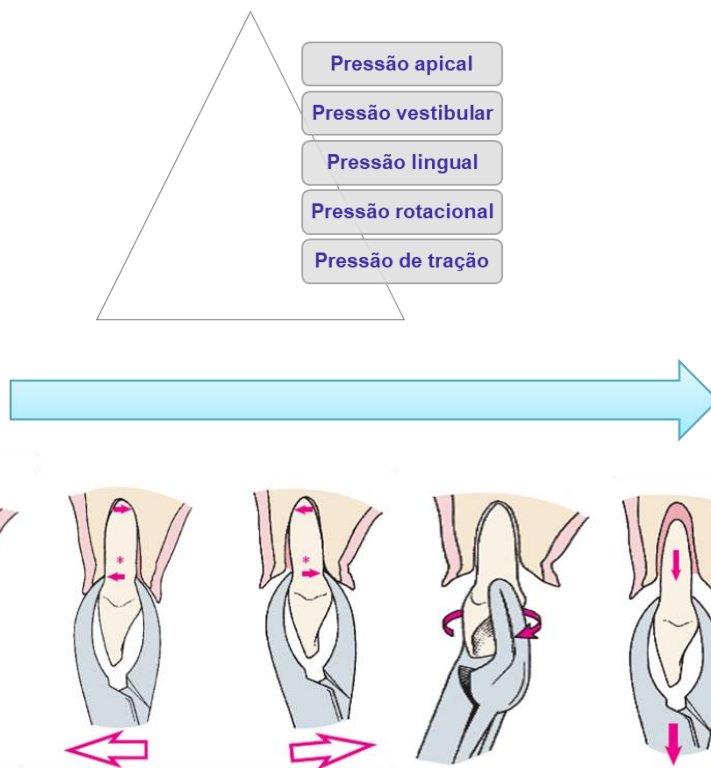


Figura: Hupp et al., 2009.

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



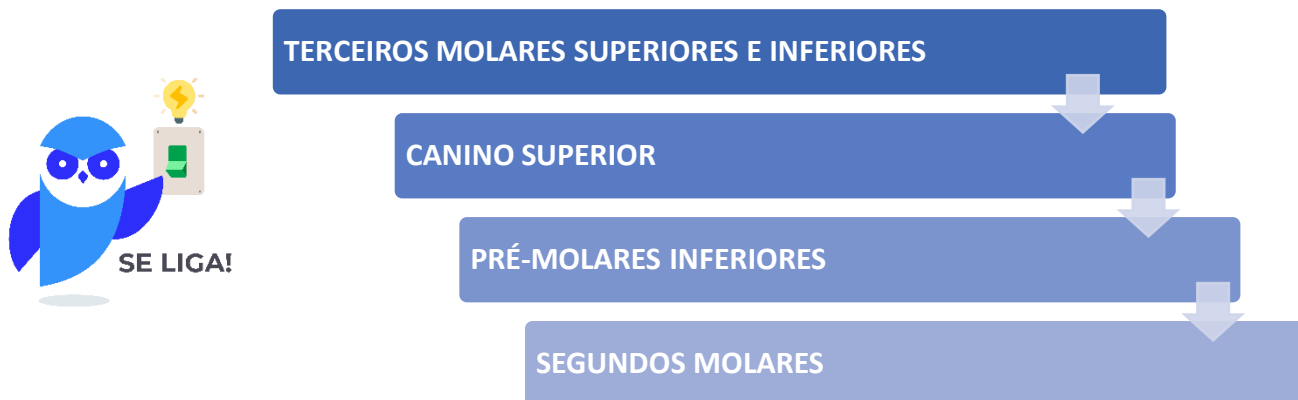
| OSSO | OSSO MAIS FINO | PRINCIPAL MOVIMENTO |
|-----------|--|-------------------------|
| MAXILA | VESTIBULAR | LUXAÇÃO PARA VESTIBULAR |
| MANDÍBULA | VESTIBULAR EM INCISIVOS, CANINOS, PRÉ-MOLARES | LUXAÇÃO PARA VESTIBULAR |
| | LINGUAL DOS MOLARES | LUXAÇÃO PARA LINGUAL |



Dentes Impactados

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

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



Indicações de extração



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





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

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



Classificação dos dentes impactados

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

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



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

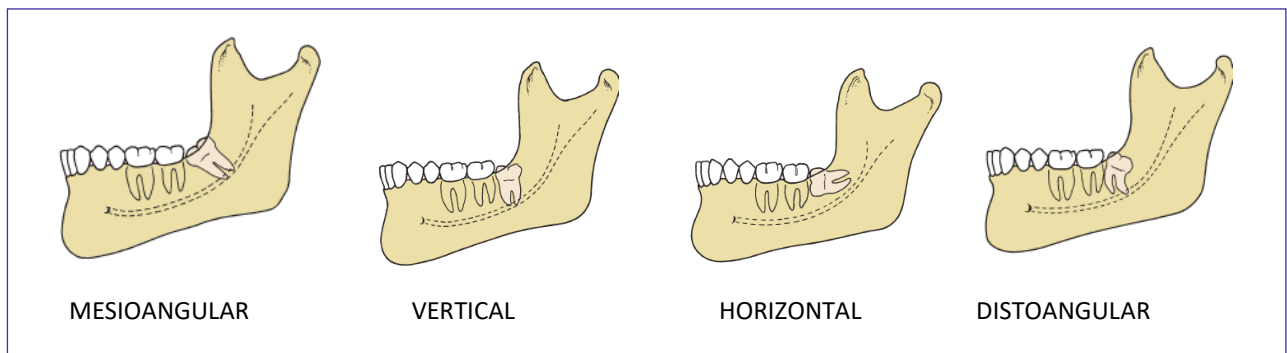


Figura: Hupp et al., 2009.

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



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



RELAÇÃO COM A MARGEM ANTERIOR DO RAMO

Classifica o dente de acordo com a *quantidade de dente impactado coberto 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.**

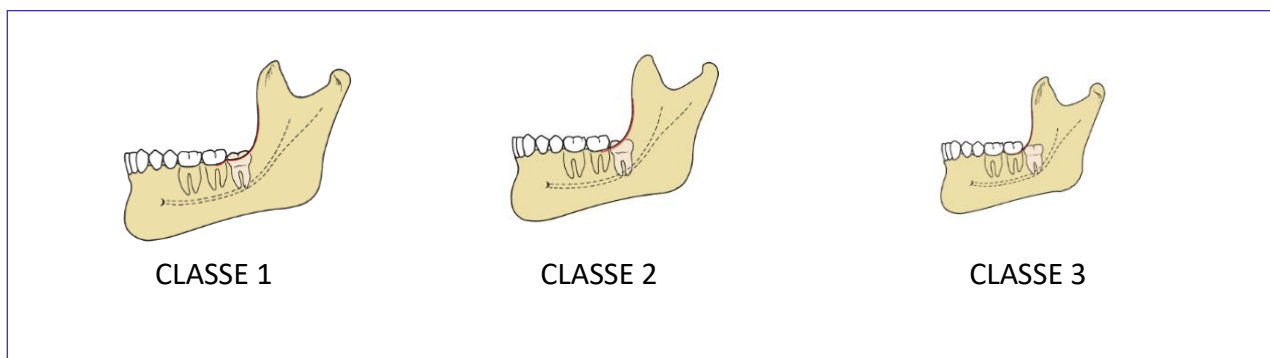


Figura: Hupp et al., 2009.

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.**

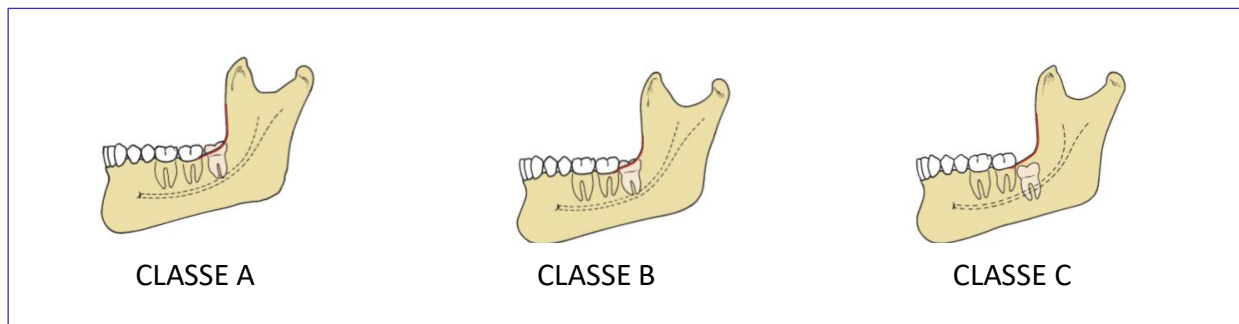


Figura: Hupp et al., 2009.

LISTA DE QUESTÕES DA BANCA

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

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

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

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

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

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



e) Escore 1.

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

a) Aparelhos ortodônticos.

b) Flúor.

c) Selantes.

d) Mudança de hábitos alimentares.

e) Escovação.

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

a) 0,02% e 0,05%.

b) 0,05% e 0,2%.

c) 0,05% e 0,02%.

d) 0,2% e 0,05%.

e) 0,05% e 2,0%

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

a) Prilocáína.

b) Articaína.

c) Bupivacaína.

d) Mepivacaína.

e) Lidocaína.

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

a) Gow-Gates.



- b) Vazirani-Akinosi.
- c) Bloqueio do nervo alveolar inferior.
- d) Bloqueio do nervo mentual.
- e) Bloqueio do nervo incisivo.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

- a) Fatores de risco globais.
- b) Fatores predisponentes.



- c) Fatores definidores.
- d) Fatores de risco sistêmicos.
- e) Fatores modificadores.

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

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

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

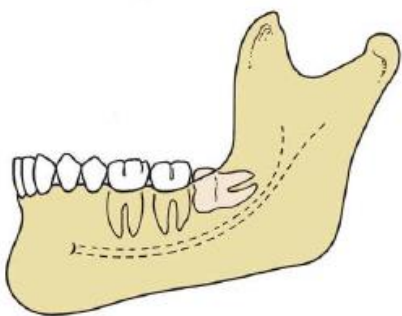
- A) Reabilitação e tratamento.
- B) Vacinação e nutrição adequada.
- C) Saneamento básico e vacinação.
- D) Diagnóstico precoce e tratamento.

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

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



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



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

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

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

QUESTÕES COMENTADAS DA BANCA

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

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

Comentários:

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

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

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

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

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

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

- a) Linhas ou estrias brancas bilaterais.
- b) Aspecto amolecido do esmalte.
- c) Manchas escuras.



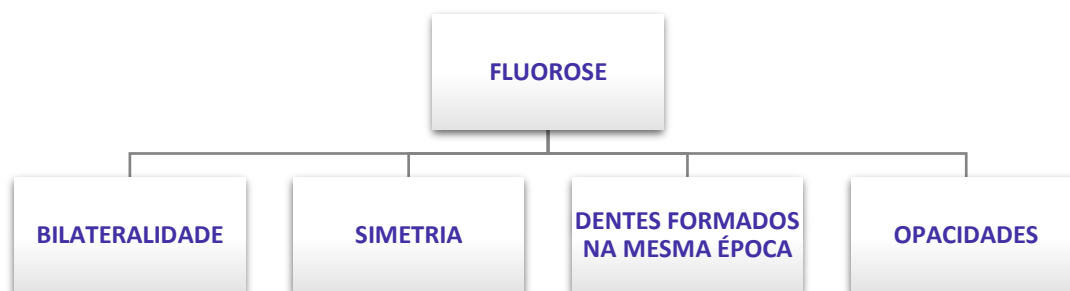
d) Manchas róseas.

e) Presença de cavidade.

Comentários:

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

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



A alternativa A está correta.

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

a) Escore 3.

b) Escore 4.

c) Escore 0.

d) Escore 5.

e) Escore 1.



Comentários:

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

A alternativa E está correta.

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

a) Aparelhos ortodônticos.

b) Flúor.

c) Selantes.

d) Mudança de hábitos alimentares.

e) Escovação.

Comentários:

A descoberta do efeito **anticariogênico** do flúor e sua utilização como método preventivo é considerado um dos maiores avanços em termos de saúde pública. O flúor sozinho não tem a capacidade de impedir a doença cárie, ele não interfere nos chamados fatores primários ou necessários. No entanto, quando presente na cavidade bucal reduz a perda de minerais da estrutura dentária.

A alternativa B está correta.

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

a) 0,02% e 0,05%.

b) 0,05% e 0,2%.



c) 0,05% e 0,02%.

d) 0,2% e 0,05%.

e) 0,05% e 2,0%

Comentários:

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

A alternativa B está correta.

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

a) Prilocaína.

b) Articaína.

c) Bupivacaína.

d) Mepivacaína.

e) Lidocaína.

Comentários:

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

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

a) Gow-Gates.

b) Vazirani-Akinosi.

c) Bloqueio do nervo alveolar inferior.

d) Bloqueio do nervo mentual.

e) Bloqueio do nervo incisivo.



Comentários:

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

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

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

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

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

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

a) paralisia do nervo facial.

b) amaurose.

c) parestesia.



d) paralisia do nervo alveolar inferior.

e) analgesia.

Comentários:

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

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

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

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

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

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

a) Bupivacaína

b) Articaína

c) Prilocaína

d) Mepivacaína

e) Benzocaína

Comentários:

A **alternativa B** está correta e é o gabarito da questão. Articaína – Rápido início de ação: 1-2 min Potência 1,5 vezes maior que a da lidocaína. Baixa lipossolubilidade e alta taxa de ligação proteica. Metabolizada no



fígado e no plasma sanguíneo; Biotransformação começa no plasma, sua meia-vida plasmática é mais curta do que a dos demais anestésicos (40 min)- eliminação mais rápida pelos rins.

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

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

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

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

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

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

Vamos revisar:



| TIPO DE PERIODONTO | CONDIÇÃO | PERDA DE INSERÇÃO | PS | SS | PERDA ÓSSEA RADIOGRÁFICA |
|---|-----------|-------------------|-------------------|-------------|--------------------------|
| ÍNTEGRO | SAÚDE | ausente | $\leq 3\text{mm}$ | $< 10\%$ | ausente |
| | GENGIVITE | ausente | $\leq 3\text{mm}$ | $\geq 10\%$ | ausente |
| REDUZIDO (sem periodontite prévia) | SAÚDE | presente | $\leq 3\text{mm}$ | $< 10\%$ | possível |
| | GENGIVITE | presente | $\leq 3\text{mm}$ | $\geq 10\%$ | possível |
| REDUZIDO (periodontite tratada e estável) | SAÚDE | presente | $\leq 4\text{mm}$ | $< 10\%$ | presente |
| | GENGIVITE | presente | $\leq 4\text{mm}$ | $\geq 10\%$ | presente |

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Comentários: Gabarito B

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

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

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

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



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

Comentários: Estas são medidas específicas de prevenção que visam evitar o surgimento de doenças ou lesões específicas. Gabarito D. Vamos corrigir as demais alternativas.

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

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

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

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

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

Comentários:



Impactação horizontal, conforme visto na foto.

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

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

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

Comentários:

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



GABARITO



QUESTÕES

| | | | | | |
|-------|-----|-----|------|------|------|
| 1.B | 2.A | 3.E | 4.B | 5.B | 6.A |
| 7.B | 8.C | 9.B | 10.B | 11.D | 12.B |
| 13. E | 14. | 15. | 16.B | 17.C | |

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



As melhores ferramentas de estudo na palma da sua mão!

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



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gostou do nosso material? 😊

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

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

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

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



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

Veja os exemplos:

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



CONHEÇA A EQUIPE DA ODONTOLOGIA



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

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

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

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

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

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

Instagram das professoras:

@prof.cassia_odonto

@mirelasangoibarreto

@renatapsbarbosa

@prof.stefania_odonto

@prof.larissaoliveira_

Instagram do Estratégia saúde:

@estrategia.saude

Um abraço e até a próxima aula!



ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

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



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



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



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



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



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



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



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



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



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