



E-book
Revisão de Véspera

EBSERH – Saúde

Cirurgião Dentista



1



2



REVISÃO DE VÉSPERA EBSERH

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS: CIRURGIÃO DENTISTA

3



CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS: CIRURGIÃO DENTISTA

Prof^ª. Mirela Barreto

4

PREMONIÇÃO



APOSTAS

- ✓ **Pacientes que requerem cuidados especiais x fármacos:** hipertensos, gestantes, cardiopatas;
- ✓ **Anestesiologia:** Farmacologia dos anestésicos locais, acidentes e complicações, técnicas anestésicas, cálculo de dose
- ✓ **Farmacologia:** AINES, AIES, ATB, BZD, interações medicamentosas; farmacocinética, novas diretrizes AHA para profilaxia antibiótica
- ✓ **Infecções odontogênicas**
- ✓ **Emergências médicas em Odontologia**
- ✓ **Traumatologia dentoalveolar**
- ✓ **Endodontia: doenças da polpa e do periápice**
- ✓ **Materiais dentários: CIV**

5

QUESTÕES FGV

(FGV/ENARE/2024) Um paciente com 13 anos foi encaminhado pela ortodontista para realização de exodontia dos dentes 15 e 25. Na cirurgia, o cirurgião-dentista fará uso de um anestésico local cuja classificação, de acordo com o sítio biológico e o modo de ação, pertence à Classe D. As opções a seguir apresentam anestésicos pertencentes à Classe D, à exceção de uma. Assinale-a.

- (A) Articaína.
- (B) Lidocaína.
- (C) Prilocaína.
- (D) Benzocaína.
- (E) Mepivacaína Mepivacaína.



6

Tabela 1.3 Classificação das substâncias anestésicas locais de acordo com seu sítio biológico e modo de ação.

Classe	Definição	Substância química
A	Agentes que atuam no sítio receptor na superfície externa da membrana nervosa	Biotoxinas (p. ex., tetrodotoxina, saxitoxina)
B	Agentes que atuam no sítio receptor na superfície interna da membrana nervosa	Análogos com amônio quaternário da lidocaína Veneno de escorpião
C	Agentes que atuam por um mecanismo fisioquímico independente de receptor	Benzocaína
D	Agentes que atuam por combinação de mecanismos do receptor e independente do receptor	Maioria dos anestésicos locais clinicamente úteis (p. ex., articaína, bupivacaína, lidocaína, mepivacaína, prilocaína)

Figura 6- Malamed, 2021.

7

QUESTÕES FGV

(FGV/ENARE/2024) Um paciente com 13 anos foi encaminhado pela ortodontista para realização de exodontia dos dentes 15 e 25. Na cirurgia, o cirurgião-dentista fará uso de um anestésico local cuja classificação, de acordo com o sítio biológico e o modo de ação, pertence à Classe D. As opções a seguir apresentam anestésicos pertencentes à Classe D, à exceção de uma. Assinale-a.

- (A) Articaína.
- (B) Lidocaína.
- (C) Prilocaína.
- (D) Benzocaína.**
- (E) Mepivacaína Mepivacaína.



8

QUESTÕES FGV



(FGV/ENARE/2024) Uma paciente com 30 anos procurou o serviço odontológico de uma Unidade de Pronto Atendimento no segundo trimestre de gestação. Ela precisará ser submetida a uma exodontia simples. O cirurgião-dentista que realizará o procedimento deseja utilizar um anestésico categorizado, pela agência norte-americana Food and Drugs Administration (FDA), como risco gestacional B. Assinale a opção que apresenta dois anestésicos que pertencem à categoria de risco B.

- (A) Prilocaína e lidocaína.
- (B) Lidocaína e bupivacaína.
- (C) Prilocaína e bupivacaína.
- (D) Mepivacaína e lidocaína.
- (E) Mepivacaína e prilocaína.



9

Os fármacos usados em odontologia, como analgésicos, anti-inflamatórios, antimicrobianos e anestésicos locais, atravessam a barreira placentária por difusão passiva. No feto, sua metabolização é mais demorada; todos os anestésicos locais apresentam menor taxa de biotransformação no feto.

Nos Estados Unidos, a FDA (órgão que controla o registro e a comercialização de alimentos e medicamentos) classifica os fármacos com base no risco que podem causar ao feto da seguinte maneira:³⁷

A – Sem risco aparente ao feto em estudos controlados em humanos; risco remoto de dano ao feto.

B – Sem evidência de risco em estudos em animais (e ausência de estudos em humanos) OU efeitos adversos observados em estudos em animais, porém não confirmados em estudos em humanos.

C – Efeitos adversos ao feto em estudos animais (e não há estudos controlados em humanos) OU não há estudos em animais e em humanos.

D – Evidência positiva de risco fetal em humanos, mas os benefícios do uso pela mãe podem superar os riscos em situações de risco à vida ou doença grave.

X – Anormalidades fetais demonstradas em estudos animais ou humanos OU evidência de risco fetal que supera um possível benefício da droga para a mãe.

De acordo com o critério da FDA, a classificação dos anestésicos locais mais comumente utilizados em odontologia é a seguinte:

- Bupivacaína – C
- Mepivacaína – C
- Prilocaína – B
- Articaina – C
- Benzocaína – C
- Lidocaína – B
- Epinefrina – C

Portanto, a mepivacaína, a bupivacaína e a articaina são classificadas como C (possível risco de teratogênese, por efeitos adversos demonstrados em estudos animais ou por ausência de estudos em animais e humanos). Assim, essas drogas só devem ser usadas se o benefício justificar o risco potencial. Os únicos anestésicos classificados como B (sem evidência de risco) são a lidocaína e a prilocaína. Com relação a este último, seu metabólito, a ortotoluidina,

pode aumentar a taxa de metemoglobina no sangue (ver mais a esse respeito no item referente às complicações da anestesia local).

Além disso, deve-se ter em conta que parte das gestantes apresenta anemia durante a gestação e que no Brasil a prilocaína é associada à felipressina, um vasoconstritor derivado da vasopressina, com semelhança estrutural à ocitocina. Embora não haja comprovação de que a felipressina possa promover contração uterina nas doses utilizadas em odontologia, a existência de um anestésico local mais seguro faz com que a prilocaína não seja a primeira escolha.



10

QUESTÕES FGV



(FGV/ENARE/2024) Uma paciente com 30 anos procurou o serviço odontológico de uma Unidade de Pronto Atendimento no segundo trimestre de gestação. Ela precisará ser submetida a uma exodontia simples. O cirurgião-dentista que realizará o procedimento deseja utilizar um anestésico categorizado, pela agência norte-americana Food and Drugs Administration (FDA), como risco gestacional B. Assinale a opção que apresenta dois anestésicos que pertencem à categoria de risco B.

- (A) Prilocaína e lidocaína.
- (B) Lidocaína e bupivacaína.
- (C) Prilocaína e bupivacaína.
- (D) Mepivacaína e lidocaína.
- (E) Mepivacaína e prilocaína.



11

QUESTÕES FGV



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

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

12

SEGUNDO MALAMED

Doses Máximas Recomendadas (DMRs) de Anestésicos Locais Disponíveis na América do Norte

Anestésico Local	FABRICANTE E FDA (DMR)		DMR, mg
	mg/kg	mg/lb	
Articaína			
Com vasoconstritor	7,0	3,2	Nenhuma citada
Bupivacaína			
Com vasoconstritor	Nenhuma citada	Nenhuma citada	90
Com vasoconstritor (Canadá)	2,0	0,9	90
Lidocaína			
Com vasoconstritor	7,0	3,2	500
Mepivacaína			
Sem vasoconstritor	6,6	3,0	400
Com vasoconstritor	6,6	3,0	400
Prilocaina			
Sem vasoconstritor	8,0	3,6	600
Com vasoconstritor	8,0	3,6	600



DESPENCA NA PROVA!

13

DOSE MÁXIMA RECOMENDADA SEGUNDO 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
Prilocaína 3%	6 mg	400 mg	7,4
Bupivacaína 0,5%	1,3 mg	90 mg	10



14

QUESTÕES FGV



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

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

15

QUESTÕES FGV



(FGV/ENARE/2024) Um paciente, 30 anos, foi admitido em uma Unidade de Pronto Atendimento com queixa de dor na região do dente 37. Ao exame intraoral, observou-se destruição da coroa do dente 37 e exposição pulpar. Após a avaliação radiográfica, o tratamento endodôntico foi indicado. As técnicas anestésicas a seguir conseguem a anestesia pulpar do dente 37, à exceção de uma. Assinale-a.

- (A) Técnica de BNAI.
- (B) Técnica de Gow-Gates.
- (C) Técnica de Vazirani-Akinosi.
- (D) Técnica infiltrativa intrapulpar.
- (E) Técnica de bloqueio do nervo mentual.

16

QUESTÕES FGV



(FGV/ENARE/2024) Um paciente, 30 anos, foi admitido em uma Unidade de Pronto Atendimento com queixa de dor na região do dente 37. Ao exame intraoral, observou-se destruição da coroa do dente 37 e exposição pulpar. Após a avaliação radiográfica, o tratamento endodôntico foi indicado. As técnicas anestésicas a seguir conseguem a anestesia pulpar do dente 37, à exceção de uma. Assinale-a.

- (A) Técnica de BNAI.
- (B) Técnica de Gow-Gates.
- (C) Técnica de Vazirani-Akinosi.
- (D) Técnica infiltrativa intrapulpar.
- (E) Técnica de bloqueio do nervo mental.**

17



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

1. Nervo alveolar inferior
 2. Nervo alveolar superior posterior
 3. Nervo lingual
 4. Nervo alveolar superior anterior
- () todos os dentes inferiores.
 - () tecido mole lingual de todos os dentes.
 - () caninos e incisivos superiores.
 - () molares superiores, exceto a raiz mesiovestibular do primeiro molar.
- Assinale a opção que indica a relação correta, na ordem apresentada.

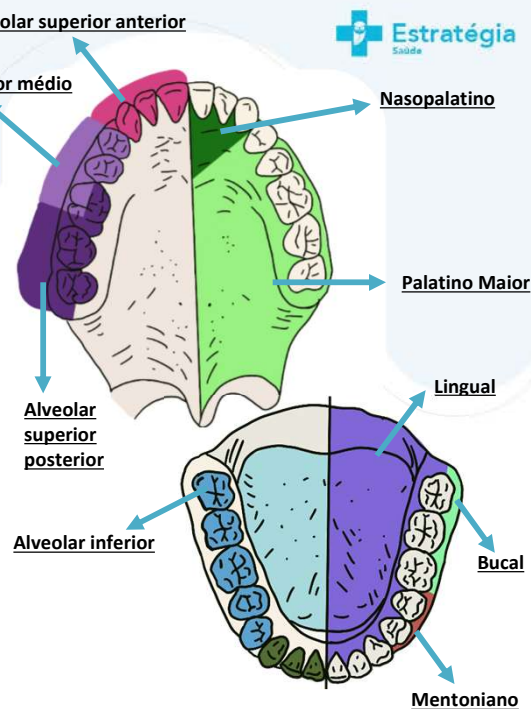
- A) 4 – 1 – 3 – 2.
- B) 3 – 2 – 4 – 1.
- C) 1 – 4 – 2 – 3.
- D) 1 – 3 – 4 – 2.

18

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



19

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

1. Nervo alveolar inferior
 2. Nervo alveolar superior posterior
 3. Nervo lingual
 4. Nervo alveolar superior anterior
- () todos os dentes inferiores.
 () tecido mole lingual de todos os dentes.
 () caninos e incisivos superiores.
 () molares superiores, exceto a raiz mesiovestibular do primeiro molar.
- Assinale a opção que indica a relação correta, na ordem apresentada.

- A) 4 – 1 – 3 – 2.
 B) 3 – 2 – 4 – 1.
 C) 1 – 4 – 2 – 3.
D) 1 – 3 – 4 – 2.

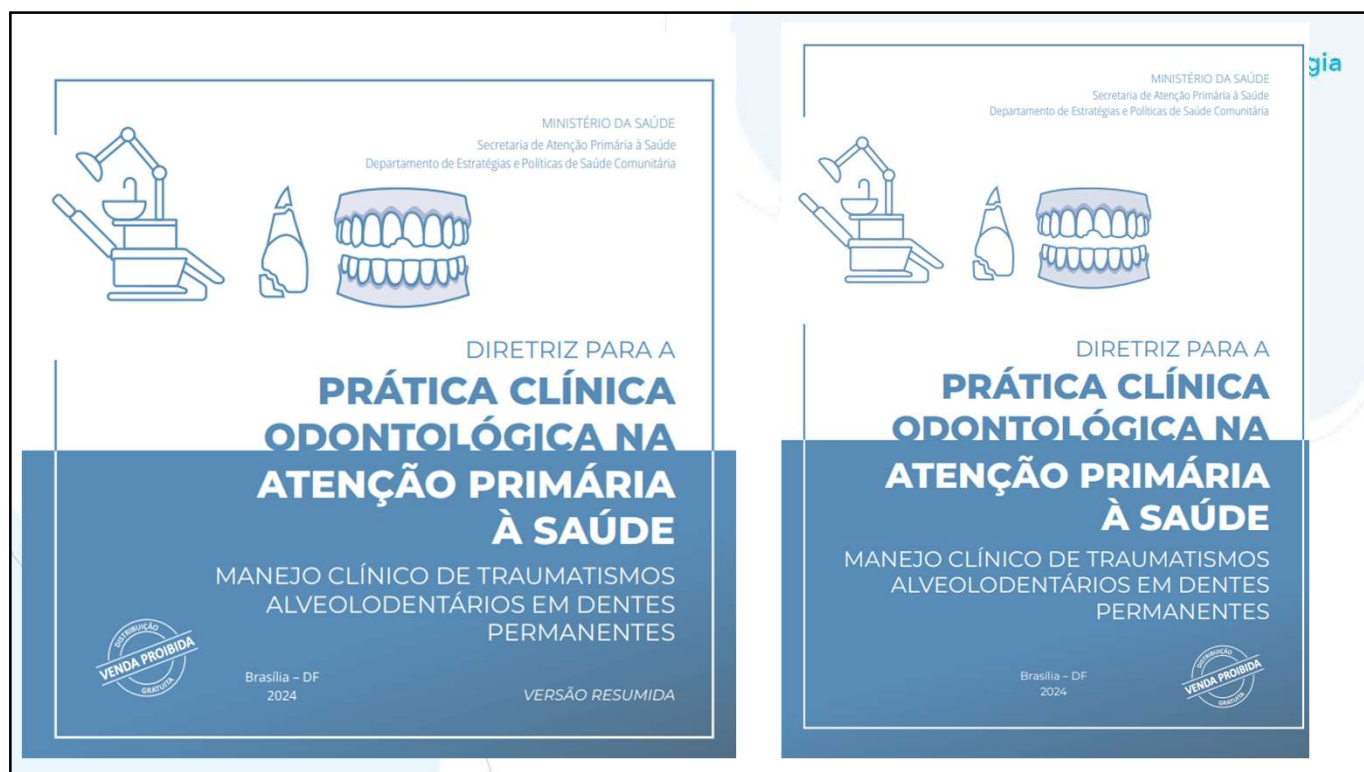
20

(FGV/TRF1/2024) As principais complicações após um traumatismo dentário em dentes permanentes incluem a infecção e/ou necrose pulpar, os diversos tipos de reabsorções radiculares e a obliteração do canal. Essa última ocorre com mais frequência em elementos permanentes:

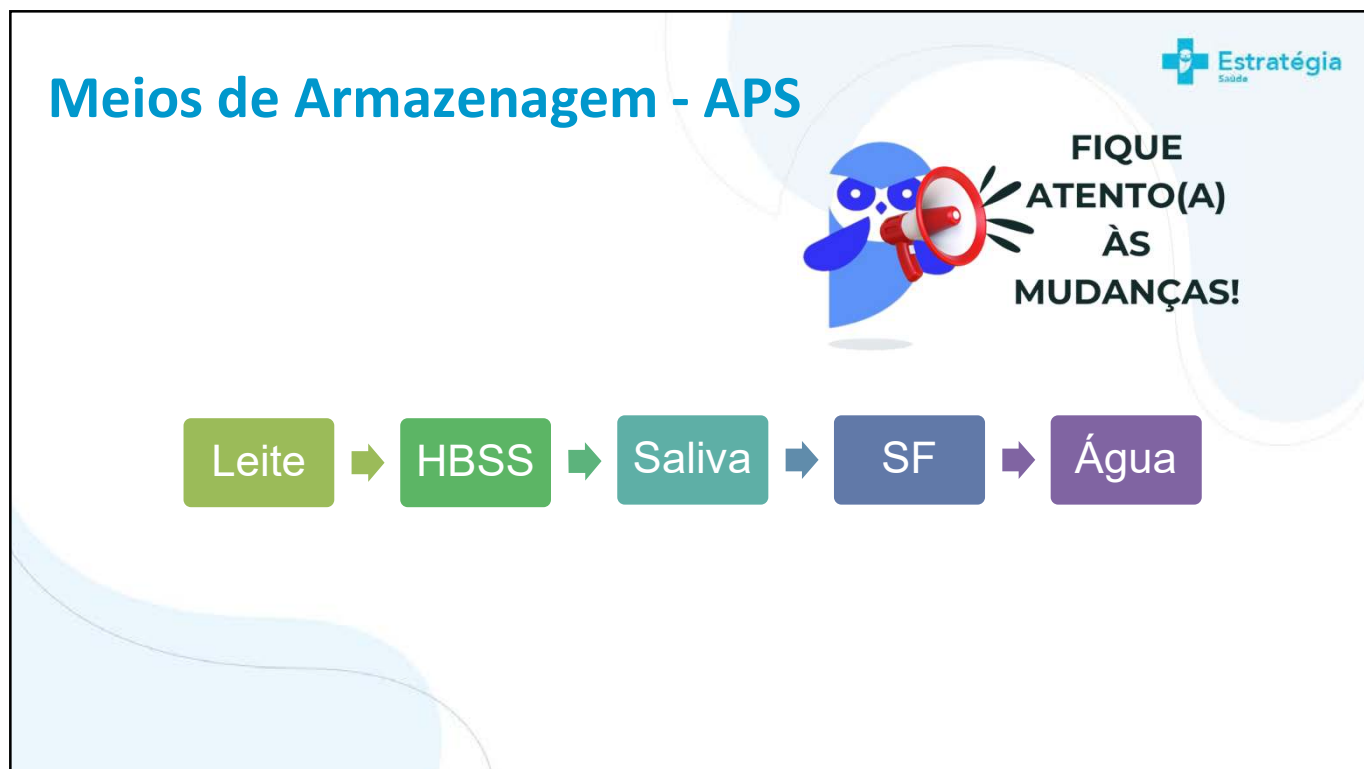
- (A) que permaneceram tempo excessivo esplintados após o traumatismo;
- (B) que são jovens, com ápice aberto, e que tenham sofrido algum tipo de luxação severa;
- (C) que tenham formação radicular completa e ápice fechado, que tenham sido avulsionados e reimplantados com sucesso;
- (D) que sofreram fratura com exposição pulpar, independentemente do estágio de formação radicular e de fechamento do ápice;
- (E) que tenham sofrido lesões restritas aos tecidos dentários (trincas ou fraturas sem exposição da polpa), independentemente do estágio de formação radicular e de fechamento do ápice.

(FGV/TRF1/2024) As principais complicações após um traumatismo dentário em dentes permanentes incluem a infecção e/ou necrose pulpar, os diversos tipos de reabsorções radiculares e a obliteração do canal. Essa última ocorre com mais frequência em elementos permanentes:

- (A) que permaneceram tempo excessivo esplintados após o traumatismo;
- (B) que são jovens, com ápice aberto, e que tenham sofrido algum tipo de luxação severa;**
- (C) que tenham formação radicular completa e ápice fechado, que tenham sido avulsionados e reimplantados com sucesso;
- (D) que sofreram fratura com exposição pulpar, independentemente do estágio de formação radicular e de fechamento do ápice;
- (E) que tenham sofrido lesões restritas aos tecidos dentários (trincas ou fraturas sem exposição da polpa), independentemente do estágio de formação radicular e de fechamento do ápice.



23



24

Meios de Armazenagem – IADT, AUTORES



25

QUESTÕES FGV

(FGV/ENARE/2024) Um paciente com 18 anos procura atendimento odontológico, após ser atingido por uma bola na região labial, durante uma partida de vôlei de praia. Ao exame clínico, o paciente apresenta inchaço no lábio superior, com algumas escoriações, e dente 21 com aspecto alongado, mobilidade aumentada e sem resposta aos testes de sensibilidade. Ao exame radiográfico, observa-se um deslocamento do dente 21 para fora do alvéolo, em direção incisal, de 1mm, sem comprometimento ósseo, com diagnóstico de luxação extrusiva. De acordo com as diretrizes da International Association of Dental Traumatology (IADT), 2020, assinale a opção que indica a conduta mais adequada no momento desse atendimento.

- (A) Montagem de mecânica para posicionamento ortodôntico e agendamento de consulta de acompanhamento após 4 semanas.
- (B) Reposicionamento digital do dente, estabilização com contenção rígida por 2 semanas e agendamento de consulta de acompanhamento após 2 semanas.
- (C) Reposicionamento digital do dente, estabilização com contenção flexível por 4 semanas e agendamento de consulta de acompanhamento após 4 semanas.
- (D) Reposicionamento digital do dente, estabilização com contenção flexível por 2 semanas e agendamento de consulta de acompanhamento após 2 semanas.
- (E) Reposicionamento digital do dente, terapia endodôntica imediata, estabilização com contenção rígida por 4 semanas e agendamento de consulta de acompanhamento após 4 semanas.

26

d) **Extrusão**: também chamada de **luxação extrusiva**. Nessa classe de injúria há a ruptura do Ligamento Periodontal e do feixe vasculonervoso da polpa. Clinicamente, o **dente é deslocado axialmente para fora do seu alvéolo (mas não completamente), ficando frouxo**. O exame radiográfico que deve ser realizado é o periapical ortorradial (com feixe centralizado).

Seu diagnóstico, apresentação clínica, **tratamento** e acompanhamento são muito semelhantes aos da luxação lateral, então vamos revisar: reposicionamento atraumático das estruturas e **imobilização semirrígida por 2-3 semanas (Andreasen), 7-10 dias (Lopes e Siqueira)**.

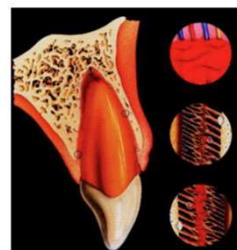


Figura 8 - **Luxação extrusiva**. Andreasen et al, 2003.

27

QUESTÕES FGV

(FGV/ENARE/2024) Um paciente com 17 anos comparece ao consultório odontológico com um quadro de pericoronarite na região do dente 38. O paciente apresenta trismo e febre de 38°C. Para esse caso, em uma primeira abordagem, a antibioticoterapia curativa foi associada ao tratamento mecânico. Considerando que o cirurgião-dentista optou por um antibiótico bactericida, cujo mecanismo de ação é baseado na inibição da biossíntese do mucopeptídeo da parede celular, assinale a opção que indica, corretamente, sua escolha.

- (A) Amoxicilina.
- (B) Eritromicina.
- (C) Azitromicina.
- (D) Clindamicina.
- (E) Metronidazol.

28

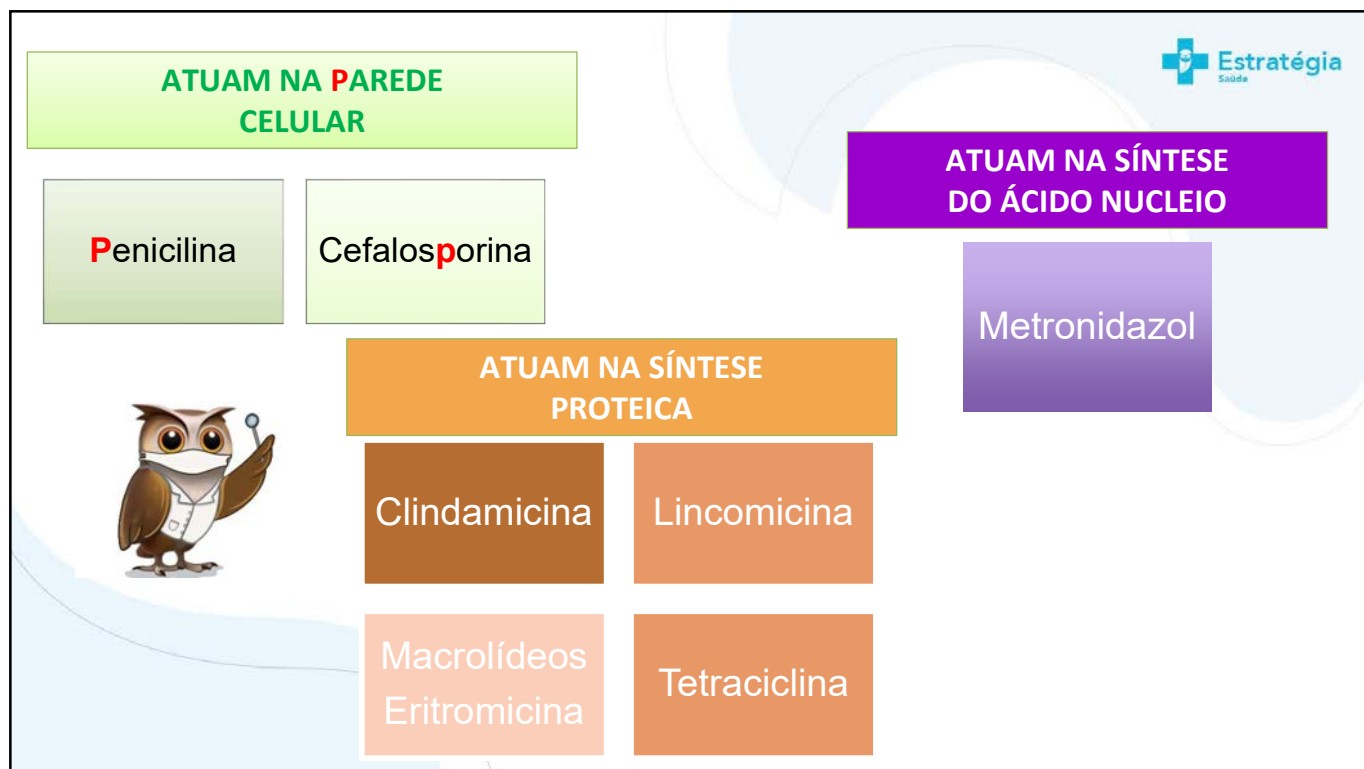
ANTIBIÓTICOS

Tabela 7.1 Características dos antibióticos de uso comum em odontologia

Antibiótico	Tipo de atividade	Efeito bacteriano	Duração do EPA	Índice mais importante
Eritromicina	Bacteriostática	Tempo-dependente	Curta	$T > CIM$
Azitromicina	Bacteriostática	Tempo-dependente	Prolongada	AUC/CIM
Claritromicina	Bacteriostática	Tempo-dependente	Prolongada	AUC/CIM
Clindamicina	Bacteriostática	Tempo-dependente	Curta	AUC/CIM
Tetraciclina	Bacteriostáticas	Tempo-dependente	Prolongada	AUC/CIM
Penicilinas e cefalosporinas	Bactericidas	Tempo-dependente	Prolongada para gram+	$T > CIM$
Metronidazol	Bactericida	Concentração-dependente	Prolongada	AUC/CIM e C_{max}/CIM

Fonte: Adaptada de Martinez e colaboradores.¹⁵

29



30

QUESTÕES FGV



(FGV/ENARE/2024) Um paciente com 17 anos comparece ao consultório odontológico com um quadro de pericoronarite na região do dente 38. O paciente apresenta trismo e febre de 38°C. Para esse caso, em uma primeira abordagem, a antibioticoterapia curativa foi associada ao tratamento mecânico. Considerando que o cirurgião-dentista optou por um antibiótico bactericida, cujo mecanismo de ação é baseado na inibição da biossíntese do mucopeptídeo da parede celular, assinale a opção que indica, corretamente, sua escolha.

- (A) Amoxicilina.
- (B) Eritromicina.
- (C) Azitromicina.
- (D) Clindamicina.
- (E) Metronidazol.

31

QUESTÕES FGV



(FGV/ENARE/2024) Um paciente com 55 anos comparece ao consultório odontológico para planejamento cirúrgico. O paciente faz uso de varfarina para prevenção de doença tromboembólica venosa e encontra-se com níveis de INR dentro do intervalo terapêutico. Com base nessas informações clínicas, a respeito dos cuidados durante o tratamento odontológico, assinale a afirmativa correta.

- (A) Não deve ser utilizado anestésico com vasoconstritor.
- (B) Em pacientes anticoagulados, um INR entre 2,0 e 3,0 não está dentro do intervalo terapêutico.
- (C) Pacientes portadores de coagulopatias não podem ser submetidos a procedimentos de implantes dentários.
- (D) Os AINEs devem ser utilizados, pois interferem diretamente no tempo de sangramento, controlando uma possível hemorragia.
- (E) Agentes antiplaquetários, como o AAS, podem interferir com a varfarina, aumentando o risco hemorrágico do tratamento sem, contudo, alterar significativamente o valor do INR.

32



DESPENCA NA PROVA!

VARFARINA

MEDICAMENTOS QUE PODEM POTENCIALIZAR SEUS EFEITOS

Analgésicos:

AAS, paracetamol

Anti-inflamatórios: AINES (em geral), corticosteroides

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

Aumentar a RNI, com risco de hemorragia:

Quadro 18.1 Medicamentos de uso odontológico que podem potencializar os efeitos da varfarina e aumentar a RNI, com risco de hemorragia

ANALGÉSICOS
AAS
Paracetamol
ANTI-INFLAMATÓRIOS
Não esteroides (em geral)
Corticosteroides
ANTIBIÓTICOS
Cefalosporinas
Eritromicina
Azitromicina
Metronidazol
Tetraciclina
Ciprofloxacina

1. Para pacientes com $RNI \leq 3,5$, a terapia com varfarina não precisa ser modificada ou suspensa em caso de exodontias não complicadas. No entanto, o julgamento do médico, a experiência do operador e o suporte necessário para o controle de um eventual sangramento são pré-requisitos importantes no planejamento da intervenção.
2. Pacientes com $RNI \geq 3,5$ devem ser encaminhados ao médico para que este possa considerar o possível ajuste da dose de varfarina, em caso de procedimentos invasivos que causam sangramento.

QUESTÕES FGV

(FGV/ENARE/2024) Um paciente com 55 anos comparece ao consultório odontológico para planejamento cirúrgico. O paciente faz uso de varfarina para prevenção de doença tromboembólica venosa e encontra-se com níveis de INR dentro do intervalo terapêutico. Com base nessas informações clínicas, a respeito dos cuidados durante o tratamento odontológico, assinale a afirmativa correta.

- (A) Não deve ser utilizado anestésico com vasoconstritor.
- (B) Em pacientes anticoagulados, um INR entre 2,0 e 3,0 não está dentro do intervalo terapêutico.
- (C) Pacientes portadores de coagulopatias não podem ser submetidos a procedimentos de implantes dentários.
- (D) Os AINES devem ser utilizados, pois interferem diretamente no tempo de sangramento, controlando uma possível hemorragia.
- (E) Agentes antiplaquetários, como o AAS, podem interferir com a varfarina, aumentando o risco hemorrágico do tratamento sem, contudo, alterar significativamente o valor do INR.

(FGV/SES-MT/2024) Segundo a última recomendação da AHA (*American Heart Association*) para profilaxia da endocardite bacteriana em pacientes alérgicos a penicilinas, um paciente portador de prótese de válvula mitral que será submetido a exodontias múltiplas deve receber antibioticoterapia profilática.

Assinale a alternativa que apresenta a droga, a dose e quanto tempo antes do procedimento deve ser feita essa profilaxia.

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

35



**FIQUE
ATENTO(A)
ÀS
MUDANÇAS!**

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

Qual a dosagem, Mirela?



Dica!
DE MNEMÔNICO!

DOXICEMclina = 100 mg, 30-60 minutos antes do procedimento.

36



ANOTE ISSO:

Antibiotic Prophylactic Regimens for Dental Procedures
Regimen - Single dose 30 to 60 minutes before procedure

Situation	Agent	Adults	Children
Oral	Amoxicillin	2 g	50 mg/kg
Unable to take oral medication	Ampicillin OR	2 g IM or IV	50 mg/kg IM or IV
	Cefazolin or ceftriaxone	1 g IM or IV	50 mg/kg IM or IV
Allergic to penicillins or ampicillin—oral regimen	Cephalexin*	2 g	50 mg/kg
	OR		
	Azithromycin or clarithromycin	500 mg	15 mg/kg
	OR		
Allergic to penicillin or ampicillin and unable to take oral medication	Doxycycline	100 mg	<45 kg, 2.2 mg/kg >45 kg, 100 mg
	Cefazolin or ceftriaxone†	1 g IM or IV	50 mg/kg IM or IV

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

37

(FGV/SES-MT/2024) Segundo a última recomendação da AHA (*American Heart Association*) para profilaxia da endocardite bacteriana em pacientes alérgicos a penicilinas, um paciente portador de prótese de válvula mitral que será submetido a exodontias múltiplas deve receber antibioticoterapia profilática.

Assinale a alternativa que apresenta a droga, a dose e quanto tempo antes do procedimento deve ser feita essa profilaxia.

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

38

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

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

39



ANOTE ISSO:

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

40

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

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

41

QUESTÕES FGV

(FGV/ENARE/2024) A endocardite infecciosa (EI) é uma infecção relativamente rara, mas de alta mortalidade. Em procedimentos que envolvam a manipulação de tecidos gengivais, a região periapical dos dentes ou a perfuração da mucosa, segundo a American Heart Association (AHA), assinale a opção que não está no grupo de alto risco para EI, não tendo indicação de profilaxia antibiótica.

- (A) Pacientes com doença cardíaca congênita.
- (B) Pacientes receptores de transplante cardíaco.
- (C) Pacientes com endocardite anterior, recidivante ou recorrente.
- (D) Pacientes submetidos à colocação de válvula cardíaca protética.
- (E) Pacientes com marca-passo cardíaco (intravascular ou epicárdico).

42

Quadro 18.1 Prevenção da endocardite infecciosa – Diretrizes da American Heart Association (2007), considerando as condições cardíacas e os procedimentos odontológicos que requerem a **profilaxia antibiótica**

Condições cardíacas de alto risco para a EI, quando a **profilaxia antibiótica** é recomendada

- Valva cardíaca protética ou material protético usado para reparo da valva cardíaca
- História de endocardite infecciosa prévia
- Valvopatia adquirida em paciente transplantado cardíaco
- Doenças cardíacas congênitas (DCC):
 - Cardiopatia congênita cianogênica não corrigida, incluindo *shunts* e condutos paliativos
 - Cardiopatia congênita corrigida com material protético (nos primeiros seis meses pós-cirurgia)
 - Cardiopatia congênita cianogênica corrigida que evoluiu com defeito residual (que impede a reepitelização)

Intervenções odontológicas de risco para a endocardite infecciosa, que requerem o uso profilático de antibiótico

- Todo procedimento odontológico que envolve manipulação dos tecidos gengivais ou da região periapical dentária ou perfuração da mucosa oral

Atenção: os seguintes procedimentos ou eventos **não requerem a profilaxia**: técnicas anestésicas de rotina em tecidos não infectados, tomada de radiografias, colocação ou ajuste de aparelhos protéticos ou ortodônticos (incluindo brackets), esfoliação de dentes decíduos e sangramento da mucosa oral ou labial devido a trauma.

Fonte: Wilson e colaboradores.²⁹

QUESTÕES FGV

(FGV/ENARE/2024) A endocardite infecciosa (EI) é uma infecção relativamente rara, mas de alta mortalidade. Em procedimentos que envolvam a manipulação de tecidos gengivais, a região periapical dos dentes ou a perfuração da mucosa, segundo a American Heart Association (AHA), assinale a opção que não está no grupo de alto risco para EI, não tendo indicação de profilaxia antibiótica.

- (A) Pacientes com doença cardíaca congênita.
- (B) Pacientes receptores de transplante cardíaco.
- (C) Pacientes com endocardite anterior, recidivante ou recorrente.
- (D) Pacientes submetidos à colocação de válvula cardíaca protética.
- (E) Pacientes com marca-passo cardíaco (intravascular ou epicárdico).**

QUESTÕES FGV

(FGV/ENARE/2024) Um paciente com 45 anos foi admitido na unidade de emergência odontológica apresentando febre e queixa de dor espontânea, pulsátil e localizada na região do dente 16. Ao exame intraoral, observa-se um edema com ponto de flutuação por vestibular do dente 16, o qual apresenta mobilidade, exacerbação da dor à percussão e ausência de resposta ao teste de vitalidade. Radiograficamente, nota-se um ligeiro espessamento do ligamento periodontal apical. Considerando o quadro clínico e os exames complementares do paciente, assinale a hipótese diagnóstica mais provável.

- (A) Abscesso fênix.
- (B) Abscesso periapical crônico.
- (C) Abscesso periapical agudo inicial.
- (D) Abscesso periapical agudo evoluído.
- (E) Abscesso periapical agudo em evolução.

45

(Lopes e Siqueira, Cohen)

ABCESSO

INICIAL	EM EVOLUÇÃO	EVOLUÍDO
• não há tumefação • drenagem via oral • tratamento completo: ◦ PQM ◦ MIC ◦ analgésico ◦ AII • trepanação (Cohen): na ausência de edema, perfuração cirúrgica da cortical alveolar para liberar exsudato	• tumefação consistente • tratamento: ◦ tumefação intraoral: ▪ incisão ◦ tumefação extraoral: ▪ não incisar • calor intraoral + frio externo	• tumefação flutuante • incisão intra/extraoral: ◦ extraoral: dreno ◦ intraoral: sem dreno • tratamento: PQM + MIC • prescrição: ◦ analgésico + AII ◦ antibiótico (??)

@mirelasangoibarroto

46

QUESTÕES FGV



(FGV/ENARE/2024) Um paciente com 45 anos foi admitido na unidade de emergência odontológica apresentando febre e queixa de dor espontânea, pulsátil e localizada na região do dente 16. Ao exame intraoral, observa-se um edema com ponto de flutuação por vestibular do dente 16, o qual apresenta mobilidade, exacerbação da dor à percussão e ausência de resposta ao teste de vitalidade. Radiograficamente, nota-se um ligeiro espessamento do ligamento periodontal apical. Considerando o quadro clínico e os exames complementares do paciente, assinale a hipótese diagnóstica mais provável.

- (A) Abscesso fênix.
- (B) Abscesso periapical crônico.
- (C) Abscesso periapical agudo inicial.
- (D) Abscesso periapical agudo evoluído.**
- (E) Abscesso periapical agudo em evolução.

QUESTÕES FGV



(FGV/ENARE/2024) A pulpite aguda irreversível é uma condição odontológica em que o tecido pulpar, após diversos tipos de agressões, desenvolve uma reação inflamatória aguda sem a possibilidade de reestabelecimento das suas atividades e funções normais. A respeito das características e tratamento da pulpite aguda irreversível, assinale a afirmativa correta.

- (A) O tecido pulpar encontra-se necrosado.
- (B) O uso de anti-inflamatório pré-operatório não é indicado.
- (C) O tratamento endodôntico não pode ser realizado em sessão única.
- (D) Após a remoção da causa da reação inflamatória, o tecido pulpar permanece inflamado, mas sem sintomatologia dolorosa.
- (E) O tratamento endodôntico assume um caráter preventivo, ao extirpar todo o tecido pulpar inflamado irreversivelmente, evitando que este seja invadido por microrganismos e se torne infectado.

QUESTÕES FGV



(FGV/ENARE/2024) A pulpíte aguda irreversível é uma condição odontológica em que o tecido pulpar, após diversos tipos de agressões, desenvolve uma reação inflamatória aguda sem a possibilidade de reestabelecimento das suas atividades e funções normais. A respeito das características e tratamento da pulpíte aguda irreversível, assinale a afirmativa correta.

- (A) O tecido pulpar encontra-se necrosado.
- (B) O uso de anti-inflamatório pré-operatório não é indicado.
- (C) O tratamento endodôntico não pode ser realizado em sessão única.
- (D) Após a remoção da causa da reação inflamatória, o tecido pulpar permanece inflamado, mas sem sintomatologia dolorosa.
- (E) O tratamento endodôntico assume um caráter preventivo, ao extirpar todo o tecido pulpar inflamado irreversivelmente, evitando que este seja invadido por microrganismos e se torne infectado.**

QUESTÕES FGV



(FGV/ENARE/2024) O cirurgião-dentista, em procedimentos ambulatoriais, não está isento de se deparar com emergências médicas. Essas ocorrências podem ou não estar relacionadas às doenças sistêmicas pré-existentes, e o estresse, o medo e a ansiedade são os fatores mais relevantes no desencadeamento de tais ocorrências. A respeito das principais emergências médicas em Odontologia, assinale a afirmativa correta.

- (A) A reação alérgica é um estado de hipersensibilidade adquirido por meio da exposição a um determinado alérgeno, sendo a do tipo I mediada pelo IgG e de início bastante rápido, de segundos a minutos.
- (B) A OVACE pode ocorrer durante o atendimento odontológico devido à queda de algum objeto na parte mais posterior da cavidade oral do paciente, na região de orofaringe, e, em sua primeira fase, o paciente perde a consciência.
- (C) A crise arterial hipertensiva pode ocorrer por estresse em resposta ao tratamento odontológico, sendo considerada hipertensão em estágio 1 quando a PA sistólica está maior ou igual a 160mmHg e a PA diastólica está maior ou igual a 100mmHg.
- (D) Na hipoglicemia, em seu estágio avançado, o olhar fixo, a visão dupla ou embaçada, a dificuldade de fala, a atividade mental anormal, a dor de cabeça, as convulsões e a perda de consciência são manifestações comuns, sendo o nível mínimo de glicose mediada pela IgG o sangue, que o cérebro requer para manter sua função normal, de 70mg/dL.
- (E) As crises de angina têm início repentino, apresentando-se como uma dor subesternal ou precordial de intensidade variável, descrita como opressiva ou esmagadora, localizada principalmente do lado esquerdo do paciente, se projetando para o ombro, para a face interna do braço e para as extremidades, com duração aproximada de 2 a 3 minutos.

Tipo	Mediador	Início da reação	Exemplos
I	IgE	Segundos a minutos	Angioedema Crise aguda de asma Anafilaxia
II	IgG ou IgM sistema complemento	Minutos a horas	Transfusões sanguíneas
III	IgG	Horas a vários dias	Doença do soro Reação de Arthus
IV	Linfócitos	48 horas	Dermatite de contato

Fonte: adaptado de Gell e colaboradores.²

TABELA 24-1 Classificação das doenças alérgicas (Gell e Coombs)

Tipo	Mecanismo	Principal anticorpo ou célula	Tempo para reação	Exemplos clínicos
I	Anafilaxia (mediada, homocitocrômica, induzida por antígeno, mediada por anticorpo)	IgE	Segundos a minutos	Anafilaxia (medicamentos, veneno de inseto, antissoro) Asma brônquica atópica Rinite alérgica Urticária Angioedema Febre do feno
II	Citotóxica (anti-membrana)	IgM (complemento ativado)	—	Reações de transfusão Síndrome de Goodpasture Hemólise autoimune Anemia hemolítica Certas reações a medicamentos
III	Complexo imune (tipo doença do soro)	IgG (forma complexos com o complemento)	6 a 8 horas	Glomerulonefrite membranosa Doença do soro Nefrite lúpica Alveolite alérgica ocupacional Hepatite viral aguda
IV	Mediada por célula (tardia) ou resposta tipo tuberculínica	—	48 horas	Dermatite alérgica de contato Granuloma infecciosa (tuberculose, micose)

51

TABELA 11-1 Avaliação da obstrução completa das vias aéreas superiores

Fase	Sinais e sintomas
Primeira fase (1 a 3 minutos)	Estado de consciência; sinal universal do engasgo; luta; respiração paradoxal sem movimento de ar ou voz; aumento na pressão arterial e na frequência cardíaca
Segunda fase (2 a 5 minutos)	Perda de consciência; diminuição da respiração, pressão arterial e frequência cardíaca
Terceira fase (> 4 a 5 minutos)	Coma; ausência de sinais vitais, dilatação das pupilas

- 1 têm início repentino;
- 2 o indivíduo fica apreensivo, com transpiração aumentada, coloca a mão no peito e relata dor subesternal ou precordial, de intensidade variável, descrita como opressão, "esmagamento" ou queimadura;
- 3 também fica ansioso para tomar a medicação que alivia a crise dolorosa;
- 4 a dor tem uma duração aproximada de 2 a 3 minutos. Apesar de incomum, pode se difundir para o ombro esquerdo e face interna do braço ou ainda se propagar para as costas, pescoço, mandíbula e dentes;
- 5 os movimentos respiratórios não intensificam a dor;
- 6 a frequência cardíaca aumenta, assim como a pressão arterial. Dificuldade respiratória (dispneia) e sensação de desmaio também podem ser notadas.

52

QUESTÕES FGV



(FGV/ENARE/2024) O cirurgião-dentista, em procedimentos ambulatoriais, não está isento de se deparar com emergências médicas. Essas ocorrências podem ou não estar relacionadas às doenças sistêmicas pré-existentes, e o estresse, o medo e a ansiedade são os fatores mais relevantes no desencadeamento de tais ocorrências. A respeito das principais emergências médicas em Odontologia, assinale a afirmativa correta.

- (A) A reação alérgica é um estado de hipersensibilidade adquirido por meio da exposição a um determinado alérgeno, sendo a do tipo I mediada pela IgG e de início bastante rápido, de segundos a minutos.
- (B) A OVACE pode ocorrer durante o atendimento odontológico devido à queda de algum objeto na parte mais posterior da cavidade oral do paciente, na região de orofaringe, e, em sua primeira fase, o paciente perde a consciência.
- (C) A crise arterial hipertensiva pode ocorrer por estresse em resposta ao tratamento odontológico, sendo considerada hipertensão em estágio 1 quando a PA sistólica está maior ou igual a 160mmHg e a PA diastólica está maior ou igual a 100mmHg.
- (D) Na hipoglicemia, em seu estágio avançado, o olhar fixo, a visão dupla ou embaçada, a dificuldade de fala, a atividade mental anormal, a dor de cabeça, as convulsões e a perda de consciência são manifestações comuns, sendo o nível mínimo de glicose no sangue, que o cérebro requer para manter sua função normal, de 70mg/dL.
- (E) **As crises de angina têm início repentino, apresentando-se como uma dor subesternal ou precordial de intensidade variável, descrita como opressiva ou esmagadora, localizada principalmente do lado esquerdo do paciente, se projetando para o ombro, para a face interna do braço e para as extremidades, com duração aproximada de 2 a 3 minutos.**

53



(FGV/TRF1/2024) Um cirurgião-dentista planejou uma exodontia para uma paciente de 32 anos de idade. Durante a anamnese, ela confirmou não ser portadora de problemas cardíacos, respiratórios ou alérgicos, nem de diabetes. No entanto, apesar de já ter tido outras experiências odontológicas, inclusive sob anestesia local, a paciente revelou fobia de agulhas. Durante o procedimento, imediatamente após a anestesia local, a paciente apresentou palidez cutânea, sudorese fria, fraqueza e respiração superficial, evoluindo rapidamente para perda de consciência, típica dos casos de síndrome vasovagal. Nesse caso, as medidas iniciais a serem tomadas pelo cirurgião-dentista são:

- (A) retornar lentamente o encosto da cadeira para a posição vertical e oferecer glicose à paciente na forma líquida;
- (B) elevar os pés em relação à cabeça da paciente em pelo menos 45 graus e iniciar a administração sublingual de nitroglicerina;
- (C) elevar ligeiramente os pés em relação à cabeça da paciente, manter a via aérea patente e proceder com a avaliação dos sinais de recuperação da consciência;
- (D) retornar lentamente o encosto da cadeira para a posição vertical, posicionar a cabeça da paciente para frente para liberar as vias aéreas e verificar a pressão da paciente;
- (E) retornar rapidamente o encosto da cadeira para a posição vertical e avaliar o estado de consciência por meio de estímulos físicos, como chacoalhar os ombros e fazer perguntas à paciente.

54

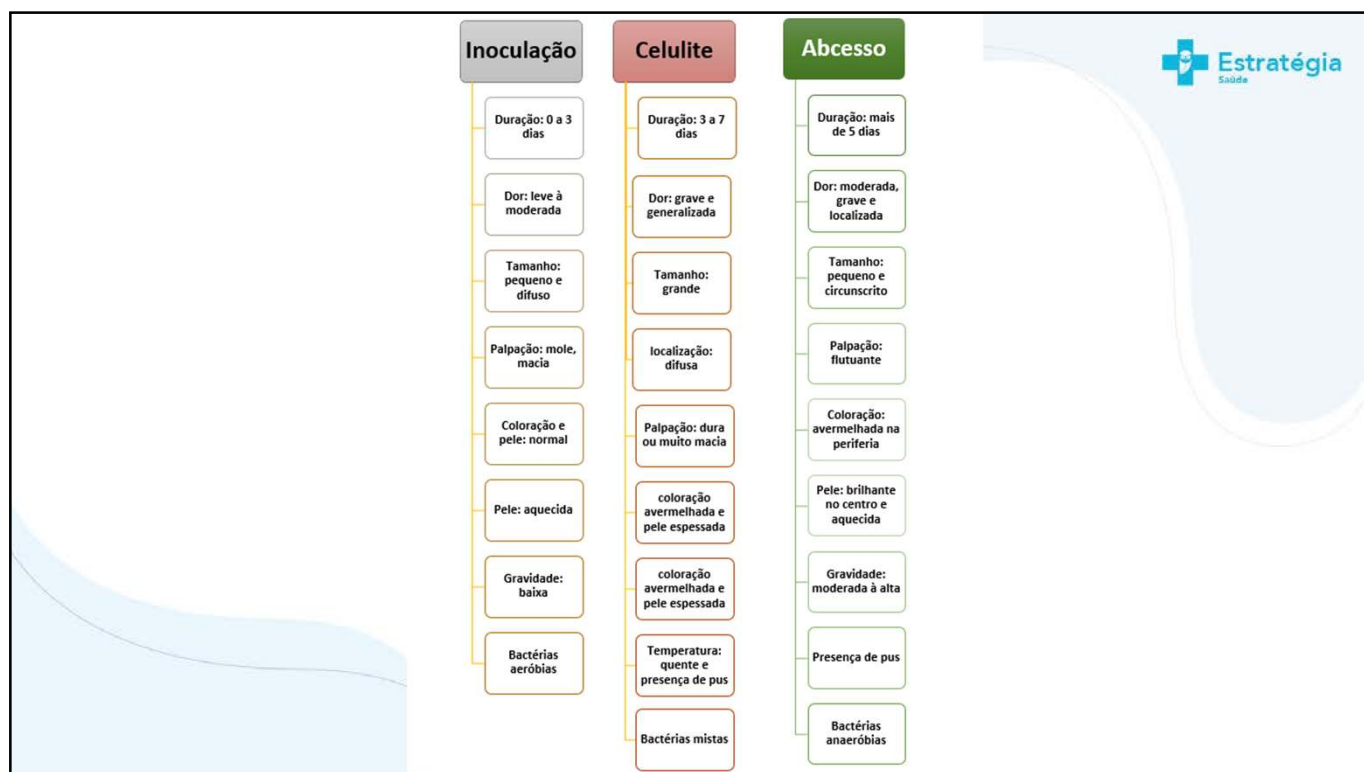
(FGV/TRF1/2024) Um cirurgião-dentista planejou uma exodontia para uma paciente de 32 anos de idade. Durante a anamnese, ela confirmou não ser portadora de problemas cardíacos, respiratórios ou alérgicos, nem de diabetes. No entanto, apesar de já ter tido outras experiências odontológicas, inclusive sob anestesia local, a paciente revelou fobia de agulhas. Durante o procedimento, imediatamente após a anestesia local, a paciente apresentou palidez cutânea, sudorese fria, fraqueza e respiração superficial, evoluindo rapidamente para perda de consciência, típica dos casos de síndrome vasovagal. Nesse caso, as medidas iniciais a serem tomadas pelo cirurgião-dentista são:

- (A) retornar lentamente o encosto da cadeira para a posição vertical e oferecer glicose à paciente na forma líquida;
- (B) elevar os pés em relação à cabeça da paciente em pelo menos 45 graus e iniciar a administração sublingual de nitroglicerina;
- (C) elevar ligeiramente os pés em relação à cabeça da paciente, manter a via aérea patente e proceder com a avaliação dos sinais de recuperação da consciência;**
- (D) retornar lentamente o encosto da cadeira para a posição vertical, posicionar a cabeça da paciente para frente para liberar as vias aéreas e verificar a pressão da paciente;
- (E) retornar rapidamente o encosto da cadeira para a posição vertical e avaliar o estado de consciência por meio de estímulos físicos, como chacoalhar os ombros e fazer perguntas à paciente.

QUESTÕES FGV

(FGV/ENARE/2024) Uma paciente com 45 anos é admitida na unidade de pronto atendimento odontológico com queixa de dor aguda e inchaço no rosto. Ao exame clínico, observa-se uma celulite envolvendo a região submentoniana e submandibular. A respeito dessa condição clínica e de suas complicações, assinale a afirmativa correta.

- (A) A celulite apresenta uma duração de 3 a 5 dias e presença de pus.
- (B) A celulite apresenta coloração vermelha e consistência amolecida.
- (C) A celulite apresenta limites difusos e predominância de bactérias anaeróbicas.
- (D) A gravidade da celulite aumenta, à medida que aumenta sua firmeza à palpação.
- (E) A celulite pode evoluir para uma Angina de Ludwig, a qual acomete unilateralmente os espaços submentoniano, submandibular e sublingual.



57

QUESTÕES FGV

(FGV/ENARE/2024) Uma paciente com 45 anos é admitida na unidade de pronto atendimento odontológico com queixa de dor aguda e inchaço no rosto. Ao exame clínico, observa-se uma celulite envolvendo a região submentoniana e submandibular. A respeito dessa condição clínica e de suas complicações, assinale a afirmativa correta.

(A) A celulite apresenta uma duração de 3 a 5 dias e presença de pus.

(B) A celulite apresenta coloração vermelha e consistência amolecida.

(C) A celulite apresenta limites difusos e predominância de bactérias anaeróbicas.

(D) A gravidade da celulite aumenta, à medida que aumenta sua firmeza à palpação.

(E) A celulite pode evoluir para uma Angina de Ludwig, a qual acomete unilateralmente os espaços submentoniano, submandibular e sublingual.

58

QUESTÕES FGV



(FGV/ENARE/2024) As infecções odontogênicas são originadas dos tecidos dentais de suporte e, em determinadas situações, podem se disseminar para os espaços fasciais subjacentes, tornando-se complexas. Remover a fonte de infecção e realizar a drenagem cirúrgica são as etapas mais importantes no tratamento, mas, em alguns casos, o uso de antibióticos faz-se necessário. No que se refere às infecções odontogênicas, segundo Hupp e colaboradores, assinale a opção em que não há indicação para o uso de antibióticos.

- (A) Trismo.
- (B) Celulite.
- (C) Pericoronarite grave.
- (D) Temperatura alta (38°C).
- (E) Abscesso alveolar drenado.

59



- A primeira indicação, e mais comum, é a **presença de uma infecção aguda inicial**, com tumefação difusa e dor moderada a severa. Essa infecção, geralmente, encontra-se no estágio de celulite; e, com antibioticoterapia adequada, ID e tratamento dos dentes afetados, uma resolução rápida é esperada.
- A segunda indicação é praticamente para qualquer tipo de infecção em **paciente sistemicamente comprometido**. Tais pacientes que têm infecções de qualquer gravidade devem ser considerados candidatos para administração de antibióticos.
- A terceira indicação para antibioticoterapia é a **presença de infecção que progrediu até o envolvimento dos espaços faciais profundos**. Nessas situações, a infecção é agressiva o suficiente para se disseminar além dos processos alveolares dos ossos maxilares, indicando que a defesa do hospedeiro é inadequada para conter a infecção.
- A quarta indicação é a **pericoronarite grave** com temperaturas maiores que 37,7°C, trismo e tumefação unilateral da face que ocorre, mais comumente, na região dos terceiros molares impactados.
- Por fim, pacientes que tem **osteomielite** requerem antibioticoterapia, além da cirurgia, para alcançar a resolução da infecção.

60

QUESTÕES FGV



(FGV/ENARE/2024) As infecções odontogênicas são originadas dos tecidos dentais de suporte e, em determinadas situações, podem se disseminar para os espaços fasciais subjacentes, tornando-se complexas. Remover a fonte de infecção e realizar a drenagem cirúrgica são as etapas mais importantes no tratamento, mas, em alguns casos, o uso de antibióticos faz-se necessário. No que se refere às infecções odontogênicas, segundo Hupp e colaboradores, assinale a opção em que não há indicação para o uso de antibióticos.

- (A) Trismo.
- (B) Celulite.
- (C) Pericoronarite grave.
- (D) Temperatura alta (38°C).
- (E) Abscesso alveolar drenado.**

61

QUESTÕES FGV



(FGV/ENARE/2024) Infecções odontogênicas complexas são aquelas que se disseminam para espaços fasciais subjacentes, podendo levar a complicações graves, como a Angina de Ludwig. Assinale os espaços fasciais profundos que podem ser atingidos em infecções de severidade moderada, no que se refere ao nível de ameaça às vias respiratórias ou às estruturas vitais, podendo levar à obstrução do acesso às vias aéreas.

- (A) Subperiosteal e sublingual.
- (B) Submentoniano e retrofaríngeo.
- (C) Faríngeo lateral e submandibular.
- (D) Pré-traqueal e espaço mastigador.
- (E) Submassetérico e pterigomandibular.

62



CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE	ESPAÇO ANATÔMICO
BAIXA	Vestibular Subperiosteal Espaço do corpo da mandíbula Infraorbital Bucal
MODERADA	Submandibular Submentual Sublingual Pterigomandibular Submassetérico Temporal superficial Temporal profundo ou infratemporal
ALTA	Faríngeo lateral Retrofaríngeo Pré-traqueal Espaço perigoso (espaço 4) Mediastino Infecção intracraniana

63

QUESTÕES FGV

(FGV/ENARE/2024) Infecções odontogênicas complexas são aquelas que se disseminam para espaços fasciais subjacentes, podendo levar a complicações graves, como a Angina de Ludwig. Assinale os espaços fasciais profundos que podem ser atingidos em infecções de severidade moderada, no que se refere ao nível de ameaça às vias respiratórias ou às estruturas vitais, podendo levar à obstrução do acesso às vias aéreas.

- (A) Subperiosteal e sublingual.
- (B) Submentoniano e retrofaríngeo.
- (C) Faríngeo lateral e submandibular.
- (D) Pré-traqueal e espaço mastigador.
- (E) Submassetérico e pterigomandibular.**

64

QUESTÕES FGV



(FGV/ENARE/2024) Um paciente com 35 anos é admitido na unidade de pronto atendimento odontológico com queixa de dor localizada na região de molar inferior direito. Ao exame físico, observa-se um abscesso extraoral relacionado ao dente 47 infeccionado, o qual se instalou em um espaço fascial primário. Nesse cenário clínico, assinale os possíveis locais de formação do abscesso para esse caso.

- (A) Bucal e submandibular.
- (B) Sublingual e massetérico.
- (C) Sublingual e infratemporal.
- (D) Submentual e infratemporal.
- (E) Pterigomandibular e massetérico.

65



As infecções oriundas dos dentes superiores também tendem a disseminar-se dentro dos **espaços infraorbitário, palatino, orbitário e infratemporal, e o seio maxilar**.

As infecções dos dentes inferiores também tendem a disseminar-se para os **espaços submandibular, sublingual, submentoniano e mastigador**.

As infecções podem disseminar-se além desses espaços primários, para os espaços fasciais profundos do pescoço, como os **espaços faríngeo lateral, retrofaríngeo, carotídeo e pré-traqueal**. A partir daí, tais infecções podem disseminar-se para o espaço potencial e o mediastino.

Espaço	Causas prováveis	Conteúdo	Espaços vizinhos	Abordagem para incisão ou drenagem
Bucal	Pré-molares superiores, molares superiores, pré-molares inferiores	Ducto parotídeo, artéria e veia faciais anteriores, artéria e veia faciais transversas, camada de gordura bucal	Infraorbitário Pterigomandibular Infratemporal	Intraoral (pequeno) Extraoral (grande)
Infraorbitário	Caninos e incisivos superiores	Artéria e veia angulares, nervo infraorbitário	Bucal	Intraoral
Submandibular	Molares inferiores	Glândula submandibular, artéria e veia faciais, nódulos linfáticos	Sublingual, submentual Faringeo lateral, bucal	Extraoral

66

QUESTÕES FGV



(FGV/ENARE/2024) Um paciente com 35 anos é admitido na unidade de pronto atendimento odontológico com queixa de dor localizada na região de molar inferior direito. Ao exame físico, observa-se um abscesso extraoral relacionado ao dente 47 infeccionado, o qual se instalou em um espaço fascial primário. Nesse cenário clínico, assinale os possíveis locais de formação do abscesso para esse caso.

- (A) Bucal e submandibular.**
- (B) Sublingual e massetérico.
- (C) Sublingual e infratemporal.
- (D) Submentual e infratemporal.
- (E) Pterigomandibular e massetérico.

67

QUESTÕES FGV



. (FGV/SES-MT/2024) Relacione os diferentes cimentos de ionômero de vidro (CIVs) às suas características.

1. CIV convencional
2. CIV reforçado por metais
3. CIV modificado por resina
4. CIV de alta viscosidade

- () Apresenta melhores propriedades mecânicas, porém com menor estética e redução na liberação de flúor.
- () Seu pó é formado pela fusão de seus componentes principais: sílica (SiO_2), alumina (Al_2O_3) e fluoreto de cálcio (CaF_2).
- () Melhor tempo de trabalho por ser fotoativado.
- () Desenvolvido especialmente para uso no tratamento restaurador atraumático, permite maior incorporação de carga e adere menos aos instrumentos de inserção.

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

- A) 1 – 2 – 3 – 4.
- B) 2 – 1 – 3 – 4.
- C) 3 – 1 – 2 – 4.
- D) 4 – 1 – 2 – 3.

68

QUESTÕES FGV



. (FGV/SES-MT/2024) Relacione os diferentes cimentos de ionômero de vidro (CIVs) às suas características.

1. CIV convencional
2. CIV reforçado por metais
3. CIV modificado por resina
4. CIV de alta viscosidade

() Apresenta melhores propriedades mecânicas, porém com menor estética e redução na liberação de flúor.

() Seu pó é formado pela fusão de seus componentes principais: sílica (SiO_2), alumina (Al_2O_3) e fluoreto de cálcio (CaF_2).

() Melhor tempo de trabalho por ser fotoativado.

() Desenvolvido especialmente para uso no tratamento restaurador atraumático, permite maior incorporação de carga e adere menos aos instrumentos de inserção.

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

A) 1 – 2 – 3 – 4.

B) 2 – 1 – 3 – 4.

C) 3 – 1 – 2 – 4.

D) 4 – 1 – 2 – 3.

69

Prof.^a Mirela Barreto



@mirelasangoibarreto
@estrategia.saude

70



OBRIGADA!

Prof^a. Mirela Barreto

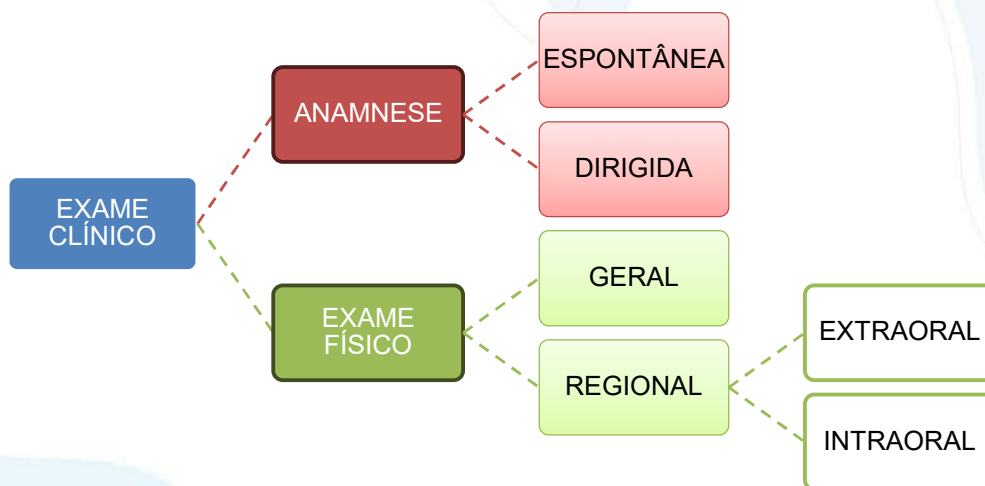
71



**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS:
CIRURGIÃO DENTISTA**

Prof^a. Cássia Reginato

72



73

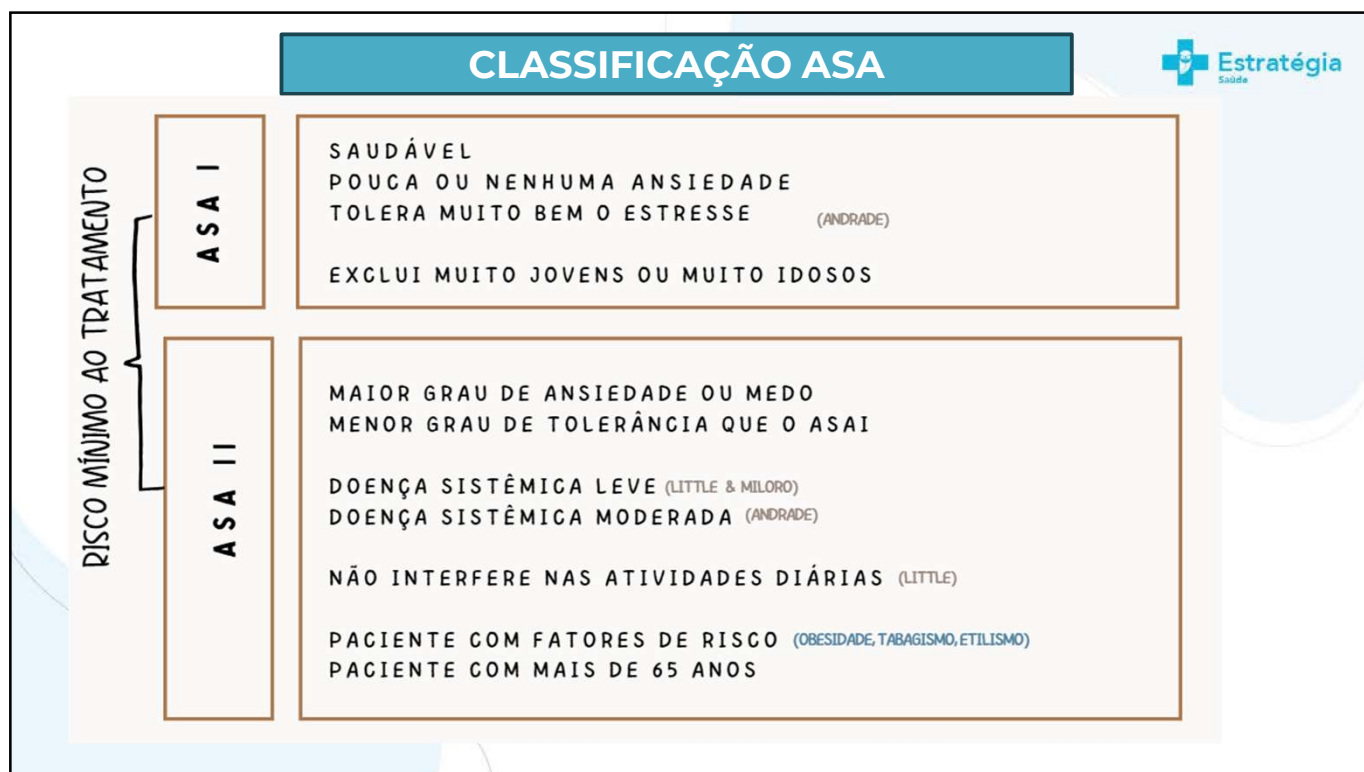
DIAGNÓSTICO

ANAMNESE → **EXAME FÍSICO** → **EXAME COMPLEMENTAR**



SENTIDOS DO DIAGNÓSTICO

74



75



76

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

77




GESTANTES

- ☐ Paciente ASA II – 1º e 2º trimestre
- ☐ Paciente ASA 3 – 3º trimestre
- ☐ Melhor trimestre para atendimento: 2º
- ☐ Evitar o uso de óxido nitroso no primeiro trimestre
- ☐ Consultas devem ser curtas e agendadas, preferencialmente, na segunda metade do período da manhã
- ☐ Evitar manter a gestante na posição supina
- ☐ Anestésico de eleição: lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 ou 1:200.000
- ☐ Pode fazer RX?

78

Risco de transmissão do HIV é de:

0,3% - acidentes percutâneos

0,09% - após exposições em mucosas.

Risco no contato sexual sem proteção: maior na prática sexual anal que na vaginal



MANIFESTAÇÕES HIV

FORTEMENTE ASSOCIADAS

- Candidíase
- Leucoplasia pilosa
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma Não Hodgkin
- Doença periodontal

MENOS COMUMENTE ASSOCIADAS

- Infecções bacterianas
- Hiperpigmentação melânica
- Estomatite ulcerativa necrosante
- Doença de glândula salivar
- Úlceras orais inespecíficas
- Infecções virais

VISTAS EM PACIENTES PORTADORES

- Infecções virais
- Infecções bacterianas
- Reações medicamentosas
- Distúrbios neurológicos
- Ulceração aftosa recorrente
- Infecções virais

79

SÍFILIS PRIMÁRIA

- CÂNCRO
- Surgimento: 3 a 90 dias após o contágio
- Sítios: genitália, ânus, lábios, língua, palato, gengiva e amígdalas



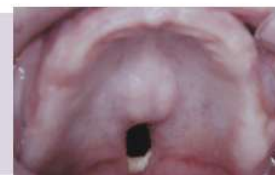
SÍFILIS SECUNDÁRIA (disseminada)

- PLACAS MUCOSAS, CONDILOMA LATA
- Surgimento: 4 a 10 semanas após a infecção inicial
- Sintomas sistêmicos e erupção maculopapular



SÍFILIS TERCIÁRIA

- Envolvimento do SNC e cardiovascular
- Surgimento: anos após o contágio
- GOMA, GLOSSITE LUÉTICA, GLOSSITE INTERSTICIAL



(Neville et al., 2016)

80

INFECÇÃO VIRAL

MONONUCLEOSE

Doença do beijo
Febre glandular

AGENTE ETIOLÓGICO
Epstein-Barr (EBV/HHV4)
SE LIGA: o EBV também está associado à leucoplasia pilosa oral, linfoma de Burkitt e Carcinoma nasofaríngeo

DIAGNÓSTICO:
Teste de Paul-Bunnell e avaliação de aglutinação rápida em placa (Monospot)
Aumento de 10% nos linfócitos atípicos no sangue periférico

MANIFESTAÇÕES:
Nas crianças costuma ser assintomática
São sintomas dos adultos jovens: febre, linfadenopatia, faringite e tonsilite. Duas semanas antes da febre podem apresentar prostração, mal-estar, anorexia.

LESÕES ORAIS:
25% **Petéquias** no palato duro ou mole
GUN
Menor frequência: pericoronarite semelhante à GUN e mucosite ulcerativa necrosante

DICA PARA DECORAR:
A Mono BEIJOU o PAUL no BARR e pegou a febre glandular



(Neville et al., 2016)

@prof.cassia_odonto

81

TABELA 10-2 Lesões Potencialmente Malignas da Mucosa Oral, Faringea e Laringea (Somente Termos Clínicos)

Nome da doença	Potencial de transformação maligna
Leucoplasia verrucosa proliferativa (LVP)*	★★★★★
Palato nicotínico em tabagistas invertidos†	★★★★★
Eritroplasia	★★★★★
Fibrose submucosa oral	★★★★★
Eritroleucoplasia	★★★★
Leucoplasia granular	★★★★
Queratose laringea	★★★
Queilite actínica	★★★
Leucoplasia espessa, lisa	★★
Língua vermelha e lisa da síndrome de Plummer-Vinson	★★
Queratose do tabaco sem fumaça	★
Líquen plano (formas erosivas)‡	★?
Leucoplasia delgada, lisa	+/-

De: Speight PM, Farthing PM, Bouquet JE. The pathology of oral cancer and precancer. *Curr Diag Pathol* 3:165-176, 1997.
* LVP: Alto risco, forma de leucoplasia oral com alta recidiva e afetando múltiplos sítios.
† Fumo invertido: fumar com a ponta acesa do cigarro no interior da boca.
‡ A característica de ser uma lesão potencialmente maligna é controversa.

Os relatórios do e-SUS APS permitem acompanhar/monitorar os comportamentos de risco (tabagismo e etilismo) ao desenvolvimento de DOPM e de câncer de boca.

Comportamentos de risco:

- ☑ Tabagismo
- ☑ Etilismo
- ☑ Potencial exposição ao HPV
- ☑ Exposição solar

Orientações:

- Orientar quanto aos serviços que podem auxiliar na redução de riscos (cessação do tabagismo, saúde mental) e sobre mecanismos protetivos como filtro solar (incluindo labial), uso de chapéu que proteja o rosto dos raios solares, vacina contra HPV (crianças e adolescentes) e proteção durante ato sexual (inclusive oral).

Síndrome de Plummer-Vinson (Paterson-Kelly):

anemia ferropriva + disfagia + atrofia do trato digestivo superior e predisposição para o desenvolvimento do câncer oral.

82

O QUE PRECISO SABER SOBRE O ART

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

O ART apresenta-se como uma importante estratégia na prevenção e no tratamento da cárie dentária no contexto da saúde pública.

Na técnica ART temos:

- selamento das fóssulas e fissuras e
- restauração das lesões cavitadas em dentina com restaurações selantes

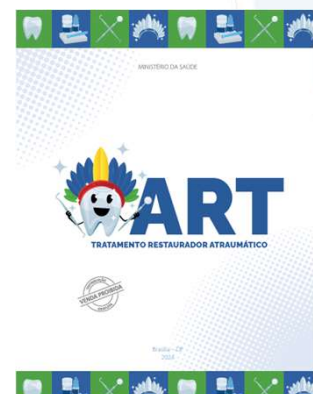


83

O QUE PRECISO SABER SOBRE O ART

- O nível de ansiedade em crianças é bastante reduzido
- A dor associada à execução das restaurações é também mínima.
- Ao contrário dos métodos de tratamento convencionais, a exigência de anestesia local é reduzida

Outro aspecto extremamente importante relacionado à técnica, e talvez sua característica mais singular, refere-se ao fato do **emprego exclusivo de instrumentos manuais**, tanto para o acesso quanto para a limpeza da cavidade. A utilização de brocas para apenas acessar a cavidade, seguida da remoção de tecido cariado com curetas, é uma abordagem minimamente invasiva, porém descaracteriza a técnica e, portanto, não pode ser definida como ART. E, finalmente, a utilização do **cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade** e mais recentemente os híbridos de vidro para a realização dos selantes e/ou restaurações ART.



84

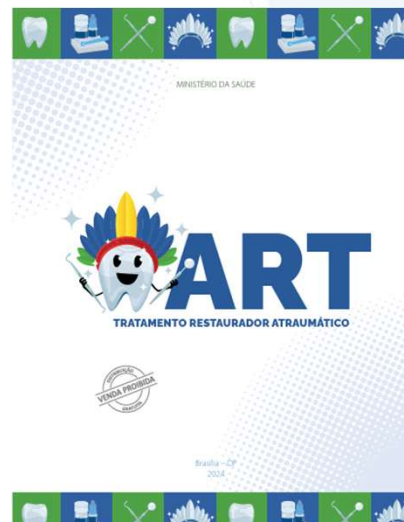
O QUE PRECISO SABER SOBRE O ART



**CUIDADO COM
AS PEGADINHAS!**



ATENÇÃO! Existe certa confusão a respeito da necessidade de se usar a anestesia local quando da realização de uma restauração ART. É importante, portanto, deixar claro que a anestesia, embora seja requerida com pouca frequência, em função da maneira como a escavação do tecido cariado é realizada, nos casos em que a lesão estiver bastante profunda, a anestesia **PODE e DEVE** ser empregada. O uso da anestesia local não está contraindicado na abordagem ART.



O QUE PRECISO SABER SOBRE O ART



ANOTE ISSO:

Restaurações ART

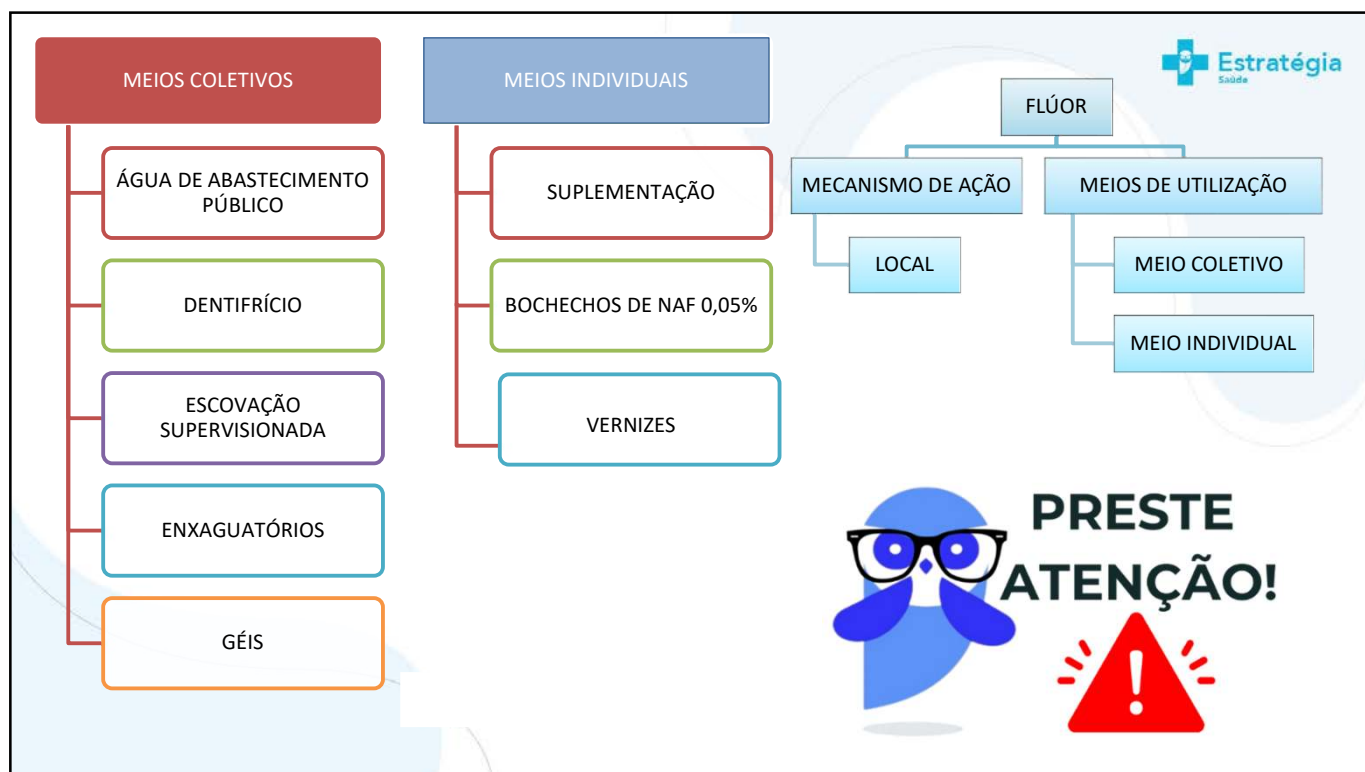
Indicações:

- » Lesões de cárie envolvendo dentina.
- » Lesões de cárie em dentina, cuja abertura cavitária seja muito pequena, mas que possa ser ampliada com o uso de instrumentos manuais.
- » Ausência de envolvimento pulpar, fistula, abscesso, mobilidade e dor espontânea.

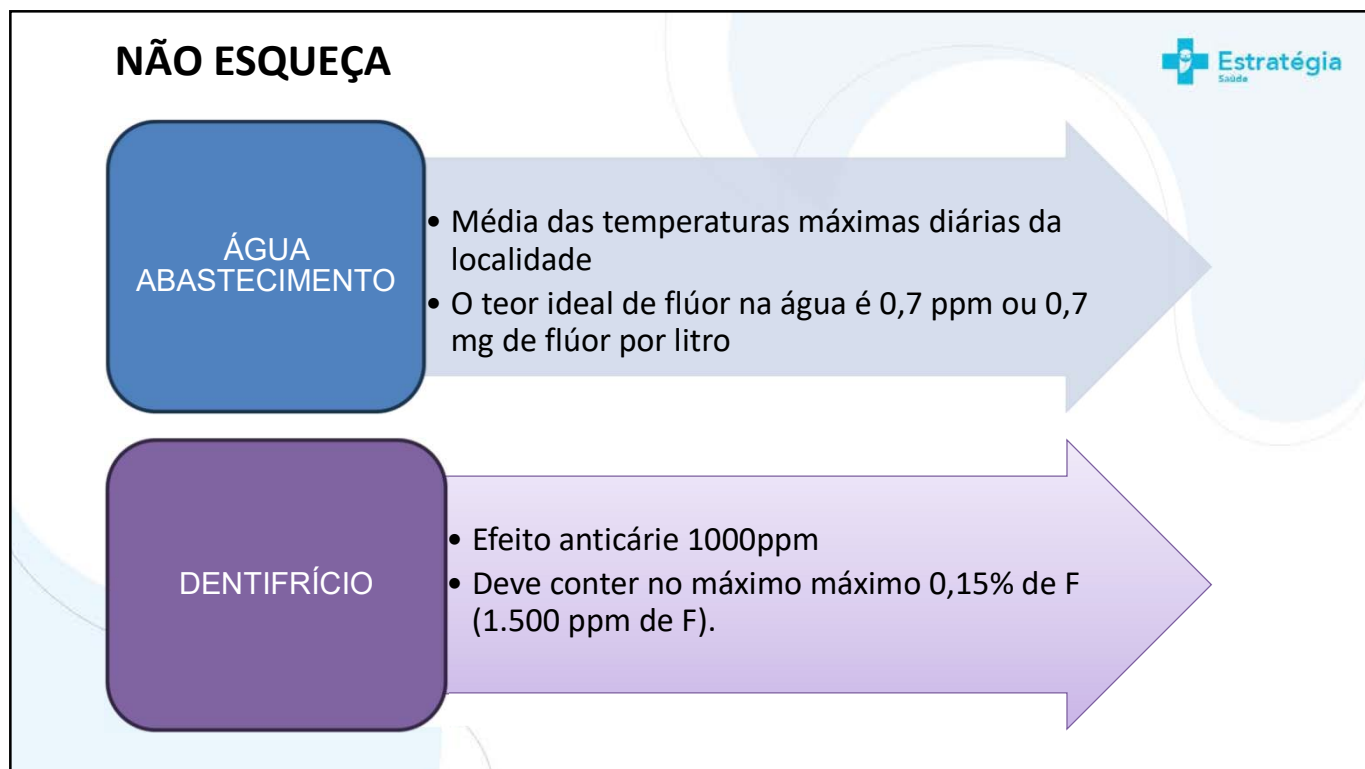
Contraindicações:

- » Dentes que apresentam pulpite irreversível ou necrose pulpar.
- » Lesões cariosas que não permitem o acesso de instrumentos manuais.
- » Dentes em oclusão que apresentem extensa destruição coronária.

As restaurações ART estão indicadas para dentes decíduos e permanentes e devem ser consideradas restaurações definitivas, desde que realizadas seguindo rigorosamente o protocolo proposto por seus criadores.



87



88

RESUMÃO

ÁGUA DE ABASTECIMENTO

Fluoreto de sódio (NaF)

Fluoreto de Estanho (SnF_2)

Monofluorofosfato de sódio (MFP)

Fluoreto de amina (F-Am)

Fluoreto de sódio (NaF)

Fluorita ou Fluoreto de cálcio (CaF_2)

Ácido Fluorssilícico (H_2SiF_6)

Fluossilicato de sódio (Na_2SiF_6)

89

RESUMÃO

DENTIFRÍCIO

MONOFLUORFOSFATO DE SÓDIO

CARBONATO DE CÁLCIO

LIBERA O FLUORETO PELA
AÇÃO DAS FOSFATASES

FLUORETO DE SÓDIO

SÍLICA

LIBERA O FLUORETO POR
IONIZAÇÃO QUANDO EM
CONTATO COM A ÁGUA

Dentifrícios com NaF, F-Am e SnF_2 liberam o íon fluoreto quando em contato com a água. Eles normalmente contêm sílica como abrasivo e não podem ser formulados com abrasivos contendo cálcio. Isso, porque a reação do íon F- com o cálcio, dentro do tubo, gera compostos insolúveis (não biodisponíveis e, portanto, inativos)

90

MEIO	ABORDAGEM	MANUTENÇÃO DE FLUORETO CAVIDADE BUCAL
Água fluoretada	coletiva	elevação das concentrações salivares por até 1 hora após a ingestão de alimentos ou bebidas fluoretadas; após absorção gastrointestinal, retorno do fluoreto à cavidade bucal pela secreção salivar
Dentifrício fluoretado	coletiva ou individual	elevação das concentrações salivares por até 2 horas após a escovação (dependente da concentração utilizada), retenção no biofilme dental não removido pela escovação
Soluções fluoretadas para bochecho	coletiva ou individual	Elevação das concentrações salivares por até 2 horas após o uso (dependente da concentração utilizada); retenção no biofilme dental presente na cavidade bucal

O Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil e o Manual de Prescrição de produtos de higiene oral e aplicação profissional DE fluoretos afirmam que por **40 minutos**

O livro de Cariologia da Série Abeno afirmar que por até **2 horas**

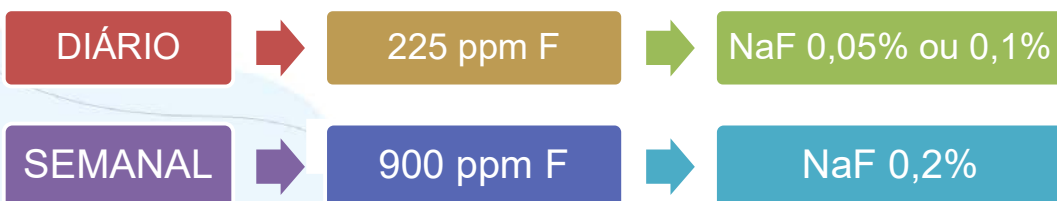
91

(SELECON/Auxiliar de Saúde Bucal/SMS Campo Grande/2019)

Os bochechos diários de fluoreto de sódio NaF são indicados para pacientes com alto risco de cárie. Por exemplo, aqueles que usam aparelhos ortodônticos fixos. A concentração diária preconizada para bochechos de NaF para prevenção de cárie é de:

- A) 0,5%
- B) 3%
- C) 0,2%
- D) 0,05%

O QUE PRECISO SABER SOBRE ENXAGUATÓRIOS/BOCHECHOS?



92

O QUE PRECISO SABER SOBRE O GEL?



É recomendado para populações nas quais se constate uma ou mais das seguintes situações:

- a) exposição à água de abastecimento sem flúor;
- b) exposição à água de abastecimento com teores de fluoretos abaixo da concentração indicada (até 0,54 ppm F);
- c) CPOD médio maior que 3 aos 12 anos de idade;
- d) menos de 30% dos indivíduos do grupo são livres de cárie aos 12 anos de idade; e
- e) populações com condições sociais e econômicas que indiquem baixa exposição a dentifrícios fluoretados.

93

O Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil (2009) traz como exemplo o flúor-fosfato acidulado (FFA) com concentração de 1,23% em ácido ortofosfórico a 0,1M. O fluoreto de sódio (NaF) a 2% é neutro.



**FLUORETO DE SÓDIO
NEUTRO**
2%
(9.000 ppm)

**FÚOR FOSFATO
ACIDULADO**
1,23%
(12.300 ppm)

94



CUIDADO COM AS PEGADINHAS!







“Durante uma aplicação de produtos contendo alta concentração de flúor, como géis e vernizes fluoretados, também ocorre a incorporação de íons flúor em cristais já existentes de hidroxiapatita biológica, razão pela qual se diz que houve a formação de “fluorapatita” – fluoreto incorporado firmemente no mineral.”

“O resultado da reatividade do fluoreto com o esmalte ou dentina é a formação de dois produtos de reação: o fluoreto firmemente ligado (fluorapatita) e o fluoreto fracamente ligado (tipo fluoreto de cálcio).”

“Os subprodutos de reação do fluoreto com a estrutura dental são o flúor firmemente e o fracamente ligados ao mineral, sendo que o segundo, também chamado de mineral tipo fluoreto de cálcio, é o mais relevante, pois funciona como um reservatório de fluoreto na superfície dental para interferir com o processo de cárie”

95



CUIDADO COM AS PEGADINHAS!





FORMAÇÃO DOS DEPÓSITOS DO TIPO CaF_2



DENTINA

TECIDOS DESMINERALIZADOS

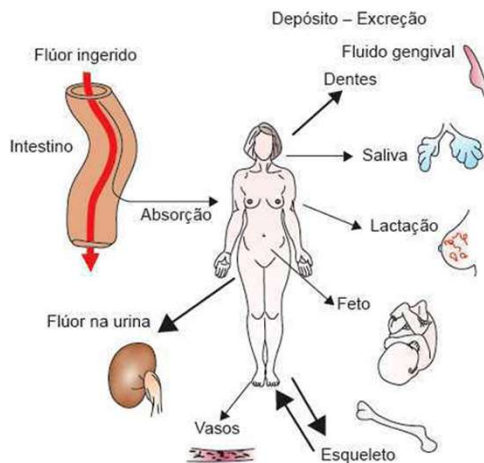
MAIOR CONCENTRAÇÃO

ESMALTE

TECIDOS HÍGIDOS



96



ABSORÇÃO: Estômago
Intestino

DISTRIBUIÇÃO: sangue

PICO DE CONCENTRAÇÃO SANGUÍNEA: 30 – 45/60min

TEMPO MÉDIO DE VIDA DO FLÚOR NO SANGUE: 2 - 9h

ELIMINAÇÃO: após 24 h.

Urina: 80-90%

Fezes: 10%

Suor e saliva

97



EFEITOS SISTÊMICOS DO FLÚOR

TOXICIDADE AGUDA

TOXICIDADE CRÔNICA

DPT 5 mg/Kg de peso

DST 9 a 16 mg/Kg de peso

DCL 32-64 mg/Kg de peso



A dose limite de ingestão de fluoretos para uma fluorose clinicamente aceitável do ponto de vista estético foi sugerido por entre 0,05 e 0,07 mg F/dia/kg de peso corporal.

98

(FGV/SES MT/2024) Com relação à biossegurança na prática odontológica, analise os itens a seguir.

I. De acordo com a Administração de Segurança e Saúde Ocupacional (OSHA), os riscos ocupacionais devem ser gerenciados a partir de três abordagens de controle: de engenharia, de administração e de proteção individual.

II. O uso de equipamentos de proteção individual é considerado a melhor estratégia de controle e prevenção de riscos ocupacionais.

III. A exposição a fluidos corporais e à contaminação por microrganismos são exemplos de riscos biológicos na prática odontológica.

Está correto o que se afirma em

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



99

Os riscos ocupacionais devem ser gerenciados a partir de três abordagens de controle:

DE ENGENHARIA

DE ADMINISTRAÇÃO

DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

100

Precauções-padrão ou **básicas** são medidas de prevenção que devem ser utilizadas **independente de diagnóstico confirmado ou presumido de doença infecciosa transmissível** no indivíduo-fonte.



EXEMPLIFICANDO

FÍSICO

QUÍMICO

ERGONÔMICO

**MECÂNICO OU
DE ACIDENTE**

BIOLÓGICOS

**FALTA DE
HIGIENE E
CONFORTO**

101

RISCOS MECÂNICOS

- Espaço físico subdimensionado
- Instrumental com defeito ou impróprio para o procedimento
- Improvisações na instalação da rede hidráulica e elétrica
- Ausência de EPIs



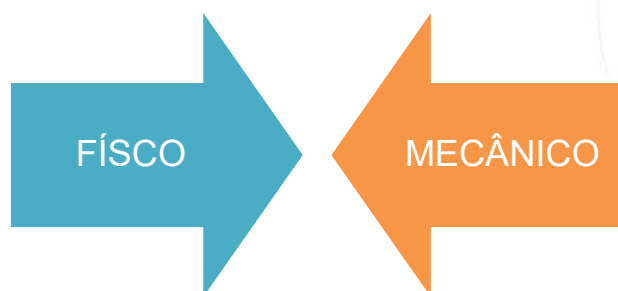
**CUIDADO COM
AS PEGADINHAS!**



PARA REDUZIR RISCOS MECÂNICOS

- Adquirir equipamentos com registro no MS, preferencialmente modernos, com desenhos respeitando a ergonomia.
- Instalar os equipamentos em área física adequada, de acordo com a RDC 50/2002 da Anvisa.
- Utilizar somente materiais, medicamentos e produtos registrados na Anvisa.
- Manter instrumentais em número suficiente e com qualidade para o atendimento aos pacientes.
- Instalar extintores de incêndio obedecendo ao preconizado pela NR-23 e capacitar a equipe para sua utilização.
- Realizar manutenção preventiva e corretiva da estrutura física, incluindo instalações hidráulicas e elétricas.
- Em clínicas odontológicas com aporte maior de funcionários, implantar o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, de acordo com a NR-9.

102



Psicossocial: Decorrente de deficiências na concepção, organização e gestão do trabalho, bem como de um contexto social de trabalho problemático, podendo ter efeitos negativos em nível psicológico, físico e social

Ergonômico: Qualquer fator que possa interferir nas características psicofisiológicas do trabalhador, causando desconforto ou afetando sua saúde

103



Grupo B

Lâminas de chumbo

Filmes radiográficos

Soluções de processamento

Revelador

Fixador

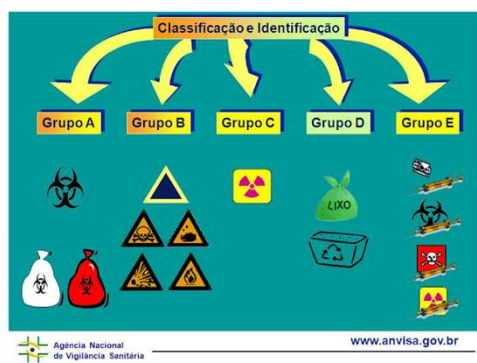


104

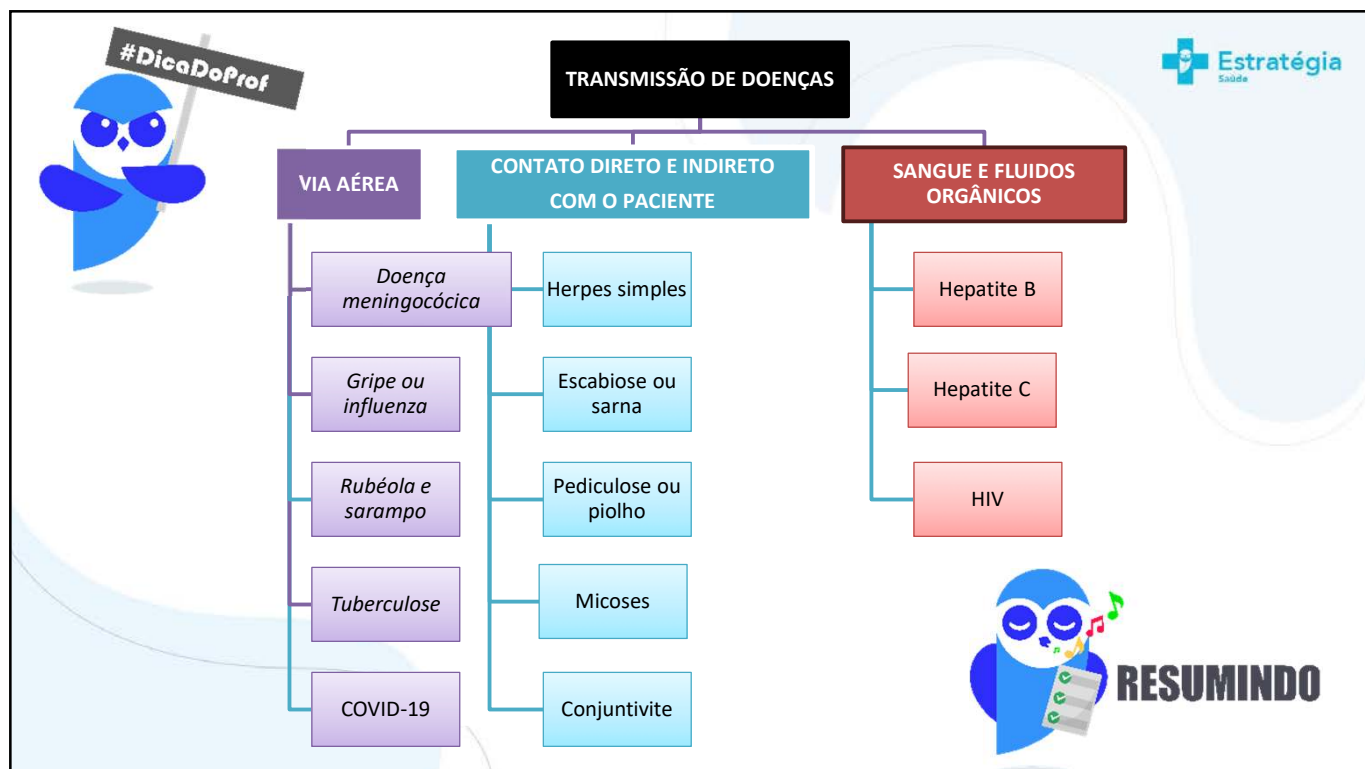
Os resíduos do grupo E devem, obrigatoriamente, ser descartados em coletores identificados, rígidos, providos de tampa, resistentes à punctura, ruptura e vazamento.

RDC 222: Art. 87 Os recipientes de acondicionamento dos RSS do Grupo E devem ser substituídos de acordo com a demanda ou quando o nível de preenchimento atingir 3/4 (três quartos) da capacidade ou de acordo com as instruções do fabricante, sendo proibidos seu esvaziamento manual e seu reaproveitamento.

ANVISA: Manter as caixas de descarte dispostas em locais visíveis e de fácil acesso e não preenchê-las acima do limite de 2/3 de sua capacidade total.

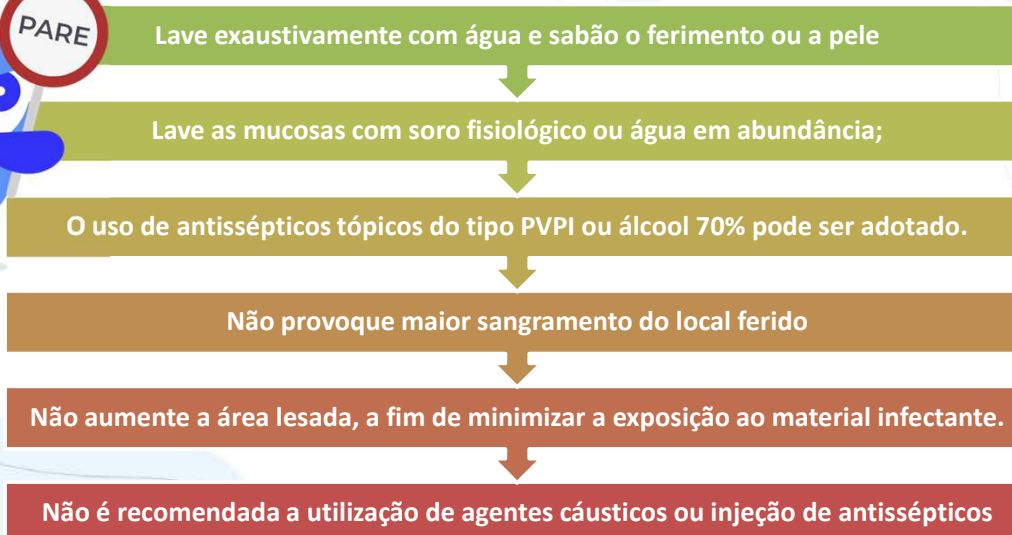


105



106

VOCÊ NÃO PODE ERRAR



107



A transmissão por **via sanguínea** ocorre por contato direto ou indireto com sangue e outros fluidos corporais.

RISCO DE TRANSMISSÃO OCUPACIONAL HIV	
EXPOSIÇÃO PERCUTÂNEA	0,3%
EXPOSIÇÃO CUTÂNEA	0,09%

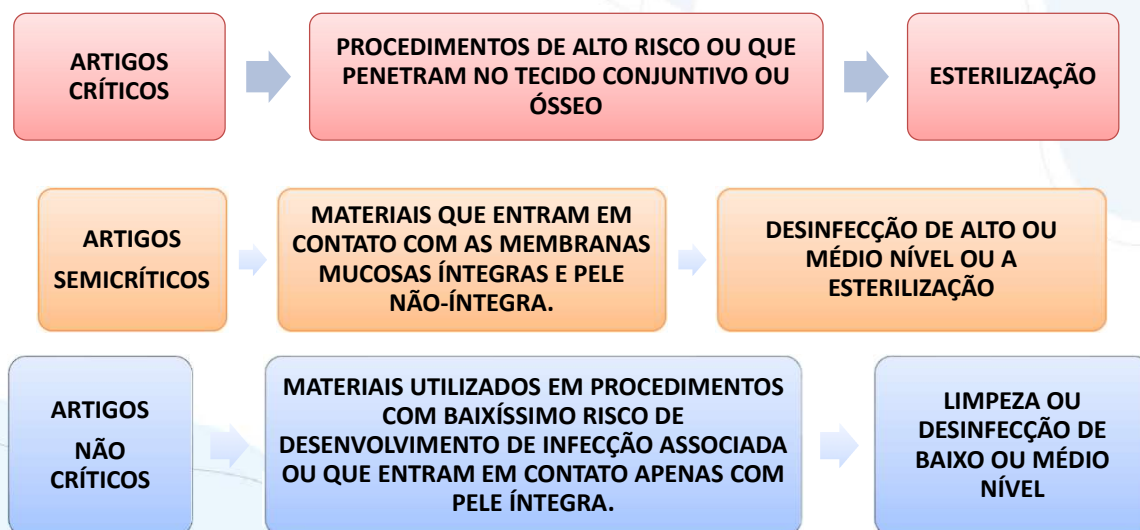
Hepatite C: O risco estimado após exposições percutâneas com sangue sabidamente infectado pelo HCV é de 1,8% (variando de 0 a 7%). O risco de transmissão em exposições a outros materiais biológicos, que não sejam o sangue, é considerado baixo. A transmissão do HCV a partir de exposições em mucosas é extremamente rara

RISCO DE TRANSMISSÃO OCUPACIONAL PARA HEPATITE B	
Paciente-fonte HBsAg e HBeAg+	22% a 31% para desenvolver doença clínica 37% a 62% conversão sorológica
Paciente-fonte HBsAg + HbeAg -	1% a 6% para desenvolver doença clínica 23% a 37% conversão sorológica



108

CLASSIFICAÇÃO DE SPAULDING



109

Produto	Concentração	Modo de Aplicação	Nível	Espectro	Vantagens	Desvantagens
Álcool	Ótima. Ação germicida a 70%.	Fricção, em três etapas intercaladas pelo tempo de secagem natural, totalizando 10 minutos.	Médio	Tuberculicida, bactericida, fungicida e virucida; não é esporicida.	Fácil aplicação, ação rápida, compatível com artigos metálicos, superfícies e tubetes de anestésicos.	Volátil, inativado por matéria orgânica, inflamável, específica eorlito, resaca plástica e pode danificar o cimento das lentes dos equipamentos ópticos, deve ser armazenado em áreas ventiladas.
Glutaraldeído	2%	Imersão, durante 30 minutos.	Alto nível	Bactericida, fungicida, virucida, micobactericida e esporicida.	Não é corrosivo, ação rápida, atividade germicida, mesmo em presença de matéria orgânica.	Irritante para pele e mucosas, vida útil diminuída quando diluído efetivo por 14 a 28 dias, dependendo da formulação.
Hipoclorito de sódio	1%	Imersão, durante 30 minutos. Superfícies com matéria orgânica, aplicar por 2 a 5 minutos e proceder à limpeza.	Médio	Bactericida, fungicida, virucida e esporicida.	Ação rápida, indicado para superfícies e artigos não metálicos e materiais termossensíveis.	Instável, corrosivo, inativado na presença de matéria orgânica.
Ácido Peracético	0,001 a 0,2%	Imersão, durante 10 minutos.	Alto	Bactericida, fungicida, virucida e esporicida.	Não forma resíduos tóxicos, efetivo na presença de matéria orgânica, rápida ação em baixa temperatura.	Instável quando diluído, Corrosivo para alguns tipos de metais, ação que pode ser reduzida pela modificação do pH.



110

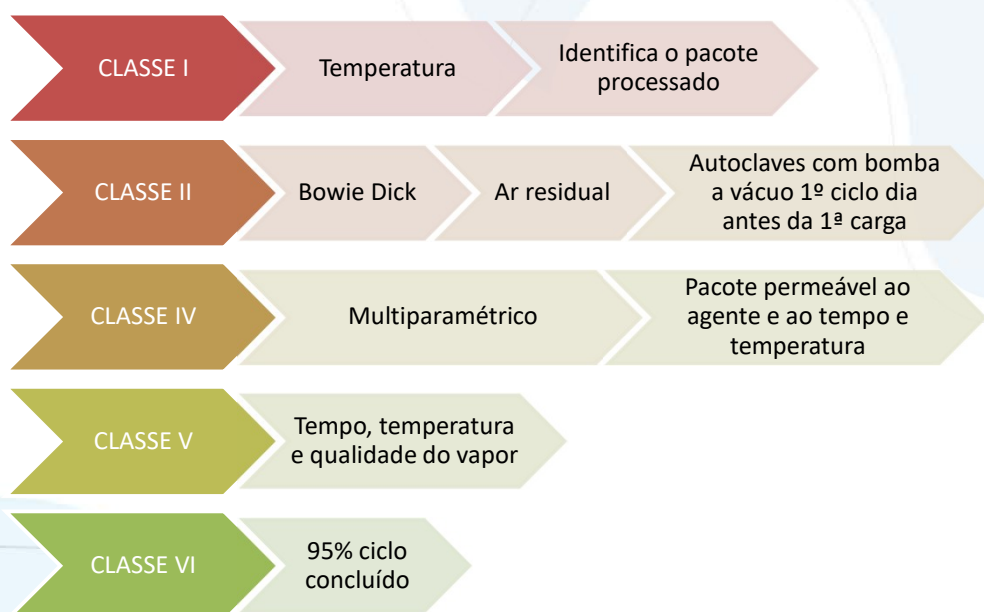


A desinfecção das superfícies do ambiente clínico deve ser feita:

- 1º. da área menos contaminada para mais contaminada;
- 2º. de cima para baixo;
- 3º. de dentro para fora

111

GRAVE PARA NÃO ESQUECER!



112

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º. O Código de Ética Odontológica regula os direitos e deveres do cirurgião-dentista, profissionais técnicos e auxiliares, e pessoas jurídicas que exerçam atividades na área da Odontologia, em âmbito público e/ou privado, com a obrigação de inscrição nos Conselhos de Odontologia, segundo suas atribuições específicas.

Art. 2º. A Odontologia é uma profissão que se exerce em benefício da saúde do ser humano, da coletividade e do meio ambiente, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto.

Art. 3º. O objetivo de toda a atenção odontológica é a saúde do ser humano. Caberá aos profissionais da Odontologia, como integrantes da equipe de saúde, dirigir ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência à saúde, preservação da autonomia dos indivíduos, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

Art. 4º. A natureza personalíssima da relação paciente/profissional na atividade odontológica visa demonstrar e reafirmar, através do cumprimento dos pressupostos estabelecidos por este Código de Ética, a peculiaridade que reveste a prestação de tais serviços, diversos, portanto, das demais prestações, bem como de atividade mercantil.

(FGV/SES MT/2024)

Um dos métodos para classificar o comportamento do paciente infantil frente ao tratamento odontológico é a Escala Comportamental de Frankl.

Assinale a opção que corresponde à classificação.

- a) Ausência de habilidade para cooperar, potencialmente colaboradora e colaboradora.**
- b) Definitivamente negativo, negativo, positivo e definitivamente positivo.**
- c) Potencialmente colaborador, negativo, positivo e ausência de habilidade para cooperar.**
- d) Negativo, cooperador, ausência de habilidade para cooperar e definitivamente positivo.**

CLASSIFICAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE FRANKL

TIPO 1: DEFINITIVAMENTE NEGATIVO: Rejeição do tratamento, chorando vigorosamente, receoso, negativismo extremo.

TIPO 2 : NEGATIVO: Relutância em aceitar o tratamento, sem cooperação, atitude negativa mas não pronunciada, emburrada e retraída.

TIPO 3 : POSITIVO: Aceitação do tratamento, boa vontade de obedecer ao cirurgião dentista, às vezes, com reservas e com necessidade de admoestações, mas o paciente segue as instruções do cirurgião dentista e coopera.

TIPO 4 : DEFINITIVAMENTE POSITIVO: Boa comunicação com o cirurgião dentista, interessado nos procedimentos odontológicos, rindo e apreciando a situação.

115

Coroas de aço foram desenvolvidas por Humphrey (1950) para reabilitar dentes com amplas destruições por cárie, com tratamento endodôntico ou não, cuja estrutura remanescente não suporta as forças mastigatórias. Tem o objetivo de **devolver a forma e função**

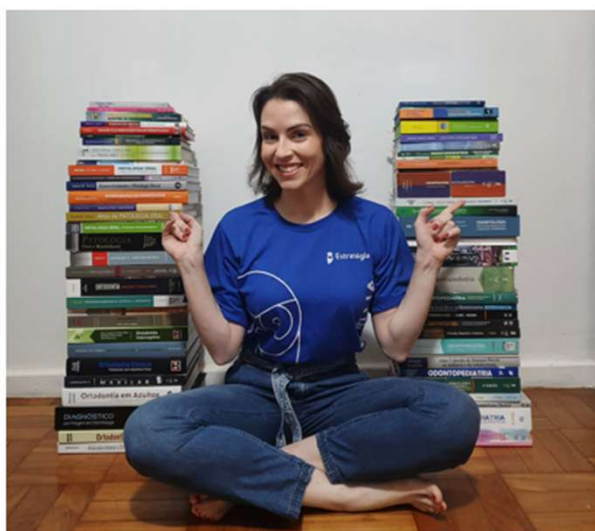
- Dentes decíduos com tratamento endodôntico
- Dentes decíduos com cárie rampante ou hipoplasias severas
- Dentes cariados que necessitam restaurações classe II e V
- Dentes decíduos com grande fratura de coroa por traumatismo
- Dentes decíduos com supraoclusão ou infraoclusão (anquilose) para reestabelecer o equilíbrio oclusal
- Como base de mantenedor de espaço fixo tipo coroa-alça
- Como apoio para prótese removível e como base para aparelhos impedidores de hábitos
- Como restauração provisória em primeiros molares permanentes com extensas lesões de cárie

116



HALL-TECHNIQUE consiste na cimentação de coroas de aço pré-fabricadas em molares decíduos, sem preparo prévio ou remoção de tecido cariado (nem mesmo a dentina infectada, amolecida). A técnica é indicada em lesões de cárie em dentina, sem comprometimento pulpar irreversível (pulpite ou necrose), principalmente envolvendo mais de uma superfície, em que a longevidade das restaurações costuma ser baixa. A vantagem da técnica é a longevidade das restaurações.

117



118



OBRIGADA!

Prof^a. Cássia Reginato

119



**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS:
CIRURGIÃO DENTISTA**

Prof^a. Renata Barbosa

120

APOSTAS PARA PROVA DA FGV

PREMONIÇÃO



Níveis de
prevenção e
atenção

Preparos/
nomenclatura
de cavidades

PNSB

ART-CIV

Proteção
CDP

LCNC

121

JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

(FGV/Pref de Manaus/ 2022) O conhecimento dos diferentes níveis de prevenção das doenças é de grande importância no desenvolvimento de políticas públicas e no contexto de atuação do SUS.

Com relação ao tema, analise as afirmativas a seguir.

I. O nível primário relaciona-se com a iniciação da doença.

II. O nível secundário é o momento em que se procura evitar ou restabelecer a perda de função.

III. O nível terciário é quando se tenta impedir a progressão e a recorrência da doença.

Está correto o que se afirma em

AI, apenas.

BII, apenas.

CIII, apenas.

DI e II, apenas.

EI, II e III.

122

JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

(FGV/Pref de Manaus/ 2022) O conhecimento dos diferentes níveis de prevenção das doenças é de grande importância no desenvolvimento de políticas públicas e no contexto de atuação do SUS. Com relação ao tema, analise as afirmativas a seguir.

I. O nível primário relaciona-se com a iniciação da doença.

II. O nível secundário é o momento em que se procura evitar ou restabelecer a perda de função.

III. O nível terciário é quando se tenta impedir a progressão e a recorrência da doença.

Está correto o que se afirma em

A), apenas.

BII, apenas.

CIII, apenas.

DI e II, apenas.

EI, II e III.

123



NÍVEIS DE PREVENÇÃO -Tradicionalmente, tem-se classificado a prevenção das doenças em três níveis segundo (Leske *et al.*, 1993):

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

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

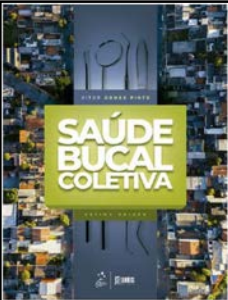
❖ **Terciária:** momento em que se procura **evitar ou restabelecer a perda de função**.



Os níveis secundário e terciário são mais bem definidos como estratégias de tratamento, e não de prevenção de doença. Como tal, devem ser discutidas e avaliadas de acordo com seus próprios méritos, isto é, a limitação de danos e recuperação de função.

Além disso, essa classificação não prioriza a prevenção primária e foi considerada insatisfatória no campo da promoção da saúde

124



Níveis de Prevenção





Primária:	Secundária:	Terciária:
• fluoretação da água ou da pasta de dente • redução do consumo de açúcar;	• o diagnóstico precoce e a intervenção clínica pela aplicação profissional de flúor • limpeza profissional dos dentes • aplicação de selantes de fossas e fissuras	• Restaurações • próteses • implantes

125



JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

(FGV/ Pref SJC/ 2023) Leia o fragmento a seguir.

Segundo Gomes Pinto: “A prestação de cuidados em Odontologia pode ser estratificada em cinco níveis distintos e _____ entre si: de atenção geral; primário; _____ ; especializado; e _____. Além dos cinco níveis, inclui-se um relativo à atenção básica, incorporado à atenção primária a fim de atender às orientações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde.”

Assinale a opção cujos itens completam corretamente as lacunas do fragmento acima.

- A) interligados – elementar – avançado
- B) dissociados – básico – complexo
- C) dissociados – básico – reabilitador
- D) interligados – básico – complexo
- E) interligados – fundamental – reabilitador

126

JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

(FGV/ Pref SJC/ 2023) Leia o fragmento a seguir.

Segundo Gomes Pinto: “A prestação de cuidados em Odontologia pode ser estratificada em cinco níveis distintos e _____ entre si: de atenção geral; primário; _____ ; especializado; e _____. Além dos cinco níveis, inclui-se um relativo à atenção básica, incorporado à atenção primária a fim de atender às orientações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde.”

Assinale a opção cujos itens completam corretamente as lacunas do fragmento acima.

- A) interligados – elementar – avançado
- B) dissociados – básico – complexo
- C) dissociados – básico – reabilitador
- D) interligados – básico – complexo**
- E) interligados – fundamental – reabilitador

127

Níveis De Atenção Odontológica



os níveis de atenção odontológica segundo suas esferas de abrangência, ou seja, os problemas típicos associados a eles:

- ✓ o primeiro dedica-se aos problemas de ordem mais ampla, extraodontológicos;
- ✓ o segundo engloba tanto as ações absolutamente essenciais quanto os cuidados aos grupos com prioridade dos pontos de vista social e epidemiológico;
- ✓ o terceiro é específico para os serviços de especialistas socialmente mais necessários;
- ✓ e o último fica reservado a intervenções de maior custo e complexidade.

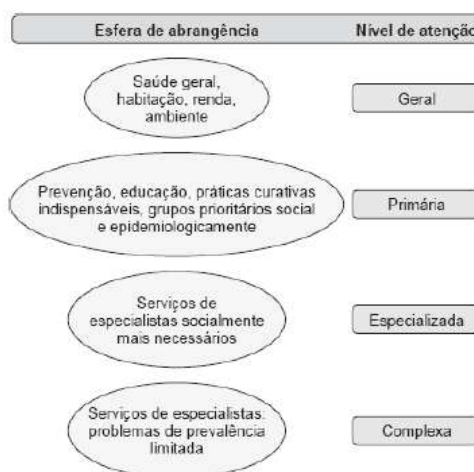


Figura 1.2 Níveis de atenção em Odontologia

128

Níveis De Atenção Odontológica

- do segundo ao quinto nível se consideram os **cuidados específicos de saúde bucal**, mas estes somente se tornam realmente efetivos em termos populacionais quando os problemas associados ao primeiro são equacionados de maneira correta.
- Originalmente, a atenção geral não era considerada em separado. O acréscimo de um nível inicial visa a deixar mais clara a ligação necessária que deve existir entre as ações específicas de Odontologia e as de caráter mais global, referentes à sociedade como um todo.
- A esse respeito, cabe mencionar que o Ministério da Saúde, por opção administrativa, desenvolveu suas atividades tendo como referência apenas dois níveis de atenção, denominados “Atenção Básica” e de “Média e Alta Complexidade”.

129

Níveis De Atenção Odontológica

A prestação de cuidados em odontologia pode ser estratificada em níveis de atenção distintos e interligados entre si.

Atenção geral:	Atenção primária:	Atenção básica:	Atenção especializada	Atenção complexa:
• compreende os fatores condicionantes dos problemas odontológicos, ou por eles influenciados, estando implícita a intervenção em outros campos do conhecimento ou setores condicionantes, buscando assegurar a existência de condições adequadas de habitação, alimentação, emprego, bem-estar geral e rendimentos que assegurem uma vida digna.	• entende-se a implementação de ações elementares nos campos da promoção de saúde, prevenção e cuidados clínicos em geral a cargo de pessoal auxiliar ou técnico.	• corresponde à prestação dos serviços necessários a resolução dos problemas de maior prevalência e significado social em cada comunidade.	• A esfera de especialidades básicas, pelo menos a curto prazo, não deve exigir necessariamente novos investimentos financeiros • As áreas de endodontia, periodontia e cirurgia são as mais importantes sob o aspecto dos problemas de maior ocorrência. • A prevenção do câncer bucal nesse nível já abarca a realização de biopsias após o treinamento específico dos profissionais	• abrange ações que implicam conhecimentos avançados, desenvolvidos em princípio por especialistas, na área clínica e na reabilitação funcional.



CUIDADO COM AS PEGADINHAS!

130

JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

(FGV/Pref de São José dos Campos/ 2023) Com relação aos Níveis de Atenção Odontológica, analise as afirmativas a seguir:

- I. A estratégia de intervenção odontológica em relação aos problemas de saúde bucal deve ter um caráter populacional;
- II. A estratégia de intervenção odontológica em relação aos problemas de saúde bucal deve estar voltada para o controle dos verdadeiros determinantes gerais da incidência;
- III. São exemplos de estratégias de base populacional a fluoretação da água de abastecimento público, a prática de sexo seguro e a cessação do hábito de fumar.

Está correto o que se afirma em

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

131

JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

(FGV/Pref de São José dos Campos/ 2023) Com relação aos Níveis de Atenção Odontológica, analise as afirmativas a seguir:

- I. A estratégia de intervenção odontológica em relação aos problemas de saúde bucal deve ter um caráter populacional;
- II. A estratégia de intervenção odontológica em relação aos problemas de saúde bucal deve estar voltada para o controle dos verdadeiros determinantes gerais da incidência;
- III. São exemplos de estratégias de base populacional a fluoretação da água de abastecimento público, a prática de sexo seguro e a cessação do hábito de fumar.

Está correto o que se afirma em

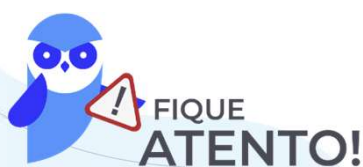
- A) I, apenas.
- B) I e III, apenas.
- C) I e II, apenas.
- D) II e III, apenas.

E) I, II e III.

132

Níveis De Atenção Odontológica

A estratégia de intervenção odontológica em relação aos problemas de saúde bucal **deve ter um caráter populacional**, ou seja, estar voltada para o **controle dos verdadeiros determinantes gerais da incidência**, procurando remover as causas sociais, econômicas e biológicas das doenças de maneira a orientar o quadro epidemiológico em uma direção favorável (Pine, 1997).



São exemplos de estratégias de base populacional a fluoretação da água de abastecimento público, a prática de sexo seguro e a cessação do hábito de fumar, preferíveis à estratégia de risco, que procura identificar e proteger indivíduos mais suscetíveis a adquirir determinada doença (Sheiham, 1988).



JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

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

- I. O programa tem interface com outras ações como o Brasil Sorridente Indígena e o Programa Saúde na Escola.**
- II. O programa coopera com ações para educação em saúde da população, mas não com a qualificação científica e profissional das equipes participantes.**
- III. Realiza levantamentos epidemiológicos como o SB Brasil 2020.**

Está correto o que se afirma em

- (A) I e II, apenas.
- (B) I e III, apenas.
- (C) II e III, apenas.
- (D) II, apenas.
- (E) I, II e III.



JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

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

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

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

III. Realiza levantamentos epidemiológicos como o SB Brasil 2020.

Está correto o que se afirma em

(A) I e II, apenas.

(B) I e III, apenas.

(C) II e III, apenas.

(D) II, apenas.

(E) I, II e III.

135

SUS: BRASIL SORRIDENTE

O **Brasil Sorridente** é um programa de assistência odontológica, criado em 2004, que apresenta diretrizes nacionais de saúde bucal, integradas na Política Nacional de Saúde Bucal. A política visa combater a dificuldade de acesso a serviços de saúde bucal, ofertando ações de promoção e reabilitação evitando, assim, diagnóstico tardio e oferecendo cuidado em saúde adequadamente.



136

SUS: BRASIL SORRIDENTE

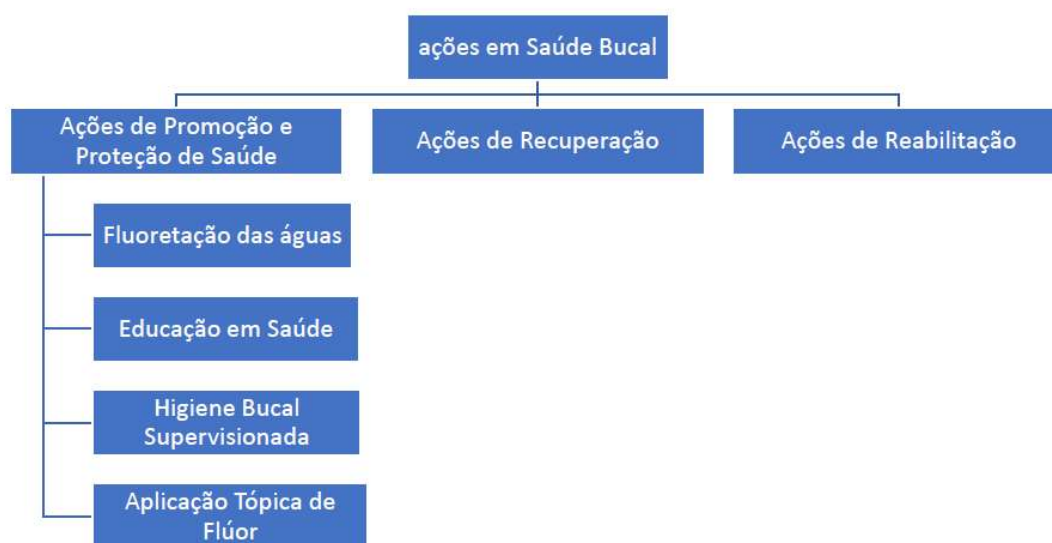


As principais linhas de ação do programa são:

- ❖ Reorganização da APS, principalmente com a implantação; das eSB na ESF e das UOM;
- ❖ Ampliação e qualificação da atenção especializada, especialmente com a implantação dos Serviços de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb), dos CEO e dos LRPD;
- ❖ Viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público;
- ❖ Monitoramento e avaliação das ações estratégicas e serviços voltados para saúde bucal;
- ❖ Reestruturação e qualificação das ações e serviços de saúde bucal;
- ❖ Fortalecimento da Atenção Hospitalar por meio da oferta de tratamento odontológico à Pessoas com Necessidades Especiais
- ❖ Ações de vigilância em saúde.

137

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL



138

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL



A PNSB está ligada a diversas ações e programas do Ministério da Saúde, como o **Programa Saúde na Escola**, o **Plano Nacional para Pessoas com Deficiência**, a **Saúde do Trabalhador**, a **Vigilância Ambiental** e a **Fluoretação das Águas de Abastecimento Público**, entre outras.

As eSB devem realizar ações de atenção à saúde bucal voltadas à promoção e proteção da saúde, vigilância em saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde bucal. Tais ações podem ser de caráter individual ou coletivo, e incluem visitas domiciliares e estudos/levantamentos epidemiológicos.

Modalidade I (40h)

- CD
- ASB ou TSB

Modalidade II (40h)

- CD
- ASB ou TSB
- TSB

139



JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

(FGV/ENARE/2024) Pro jeto SB Brasil 2020 é um estudo sobre as condições de saúde bucal da população brasileira. Este estudo tem o objetivo de consolidar a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), mais conhecida como Brasil Sorridente, e visa identificar os agravos bucais mais prevalentes e seu impacto na qualidade de vida dos brasileiros.

Entre as opções a seguir, assinale a que não teve sua prevalência avaliada durante essa pesquisa.

- (A) Câncer bucal.
- (B) Condição periodontal.
- (C) Traumatismo dentário.
- (D) Condição da oclusão dentária.
- (E) Uso e necessidade de prótese.

140



JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

(FGV/ENARE/2024) Pro jeto SB Brasil 2020 é um estudo sobre as condições de saúde bucal da população brasileira. Este estudo tem o objetivo de consolidar a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), mais conhecida como Brasil Sorridente, e visa identificar os agravos bucais mais prevalentes e seu impacto na qualidade de vida dos brasileiros.

Entre as opções a seguir, assinale a que não teve sua prevalência avaliada durante essa pesquisa.

- (A) **Câncer bucal.**
- (B) Condição periodontal.
- (C) Traumatismo dentário.
- (D) Condição da oclusão dentária.
- (E) Uso e necessidade de prótese.

141

SB BRASIL 2020

➤ O projeto “SB Brasil 2020” marca a continuidade de pesquisa feitas em 2003 e 2010, consolidando assim uma série histórica. A iniciativa contribui para o avanço de estratégias de avaliação e planejamento dos serviços ao mesmo tempo que fortalece um modelo metodológico e fixa um campo de **atuação do componente de vigilância à saúde**, como preconiza a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente.

➤ A população referência do levantamento é composta por brasileiros residentes em domicílios particulares permanentes, localizados em regiões urbanas de todo o território nacional.

➤ Foram entrevistadas e examinadas em suas casas pessoas com idades de **5 anos e de 12 anos**, além de grupos etários de **15 a 19 anos, 35 a 44 anos, 65 a 74 anos**.

142

Quadro 1 Agravos bucais a serem pesquisados para cada idade, índice ou grupos etários

Idades-índice ou grupos etários	Cariologia dentária			Necessidade de tratamento	Traumatismo dentário	Condição periodontal		Condição da oclusão dentária		Uso e necessidade de próteses dentárias	urgências de tratamento
	Coroa	Realiz	PUFA			CPN**	PIP**	NA oclusão	DAI***		
0 anos											
12 anos											
15 a 18 anos											
20 a 44 anos											
65 a 74 anos											

Fonte: Adaptado de Reid (1993).

**Condição de Periodontal Index.

***Índice de oclusão periodontal.

****Índice de oclusão index.

143



SE LIGA!

JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

(FGV/PM AC/2023) Com relação à nomenclatura e classificação das cavidades e preparos em dentística proposta por Mondelli e colaboradores, analise as afirmativas a seguir.

- I. A cavidade preparada de um dente pode ser denominada de acordo com o número de faces em que ocorre.
- II. Uma cavidade é classificada como complexa quando envolve duas faces.
- III. As cavidades associadas com preparos cavitários que podem apresentar cobertura parcial ou total das cúspides e/ou de outras faces do dente são chamadas de intraextracoronárias.

Está correto apenas o que se afirma em

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

144



JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

(FGV/PM AC/2023) Com relação à nomenclatura e classificação das cavidades e preparos em dentística proposta por Mondelli e colaboradores, analise as afirmativas a seguir.

- I. A cavidade preparada de um dente pode ser denominada de acordo com o número de faces em que ocorre.
 - II. Uma cavidade é classificada como complexa quando envolve duas faces.
 - III. As cavidades associadas com preparos cavitários que podem apresentar cobertura parcial ou total das cúspides e/ou de outras faces do dente são chamadas de intraextracoronárias.
- Está correto apenas o que se afirma em

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

145

Classificação das cavidades quanto a forma e extensão

➤ **Intracoronárias (inlay)** são cavidades confinadas no interior da estrutura dentária, como se fosse uma caixa aberta superiormente (sem tampa).

➤ **Intraextracoronárias** são preparos cavitários que podem apresentar cobertura parcial (*onlay*) ou total das cúspides (*overlay*) e/ou de outras faces do dente.

➤ **Extracoronárias parciais** são preparos dentários que envolvem três faces axiais do dente (mesial, distal e lingual) e a face oclusal ou incisal.

➤ **Extracoronárias totais** são preparos dentários em que todas as faces axiais e oclusal ou incisal do dente são reduzidas e recobertas pelo material restaurador

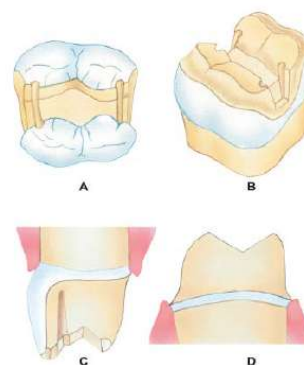


Figura 1.4 A. Cavidades intracoronárias para incrustações (*inlay*). B. Cavidade intraextracoronária mésio-oclusodistal (*overlay*). C. Cavidade extracoronária parcial (*overlay*). D. Cavidade extracoronária total (*overlay*).

146

Classificação das cavidades quanto a complexidade

- Simples: uma só face
- Composta: duas faces
- Complexa: três ou mais faces



Competência
Prof. Renata Barbosa

147

JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

(FGV/SESMT-PNE/ 2024) Com relação ao tratamento de lesões de cárie severa ativa em pacientes especiais, assinale (V) para a afirmativa verdadeira e (F) para a falsa.

- () As lesões severas, quando ativas, na maior parte das vezes acabam necessitando de método invasivo para sua paralisação, sendo os procedimentos restauradores diretos os mais utilizados.
- () Independentemente do material restaurador escolhido, a remoção seletiva do tecido cariado é imperativa, e deve ser realizada previamente ao selamento da cavidade.
- () A remoção seletiva do tecido cariado apresenta vantagens sobre a não seletiva, como a diminuição no risco de exposição pulpar e sintomatologia após o tratamento restaurador, sem impacto negativo na longevidade das restaurações.

As afirmativas são, respectivamente,

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

148

JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

(FGV/SESMT-PNE/ 2024) Com relação ao tratamento de lesões de cárie severa ativa em pacientes especiais, assinale (V) para a afirmativa verdadeira e (F) para a falsa.

() As lesões severas, quando ativas, na maior parte das vezes acabam necessitando de método invasivo para sua paralisação, sendo os procedimentos restauradores diretos os mais utilizados.

() Independentemente do material restaurador escolhido, a remoção seletiva do tecido cariado é imperativa, e deve ser realizada previamente ao selamento da cavidade.

() A remoção seletiva do tecido cariado apresenta vantagens sobre a não seletiva, como a diminuição no risco de exposição pulpar e sintomatologia após o tratamento restaurador, sem impacto negativo na longevidade das restaurações.

As afirmativas são, respectivamente,

A) V – V – V.

B) V – V – F.

C) V – F – V.

D) F – V – F.

ART

As **restaurações atraumáticas** foram definidas por Frencken et al. **como procedimentos feitos sem a utilização de instrumentos rotatórios e sem anestesia, nos quais as camadas mais profundas do tecido cariado são deixadas sob o material restaurador.**

O material de eleição para restaurar esse tipo de cavidade é o CIV DE ALTA VISCOSIDADE

As **limitações do uso das restaurações atraumáticas** são:

- ✓ a maior desgaste superficial e menor rigidez do material restaurador
- ✓ Se abertura da cavidade não permite a passagem do instrumento manual, o que pode ser contornado pela utilização de recortadores de bordo ou machados para romper a camada de esmalte socavado.
- ✓ Essa técnica é bem indicada para atendimentos realizados em locais com poucos equipamentos, situação comum na saúde pública e em especialidades como a odontopediatria.

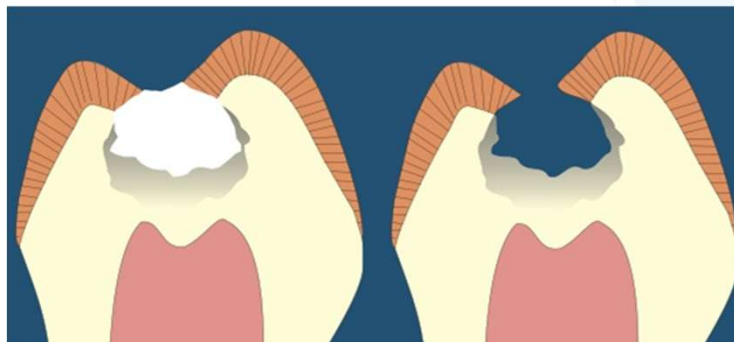


ART

Estratégia Saúde

Remoção da dentina infectada e manutenção da afetada

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.



151

DENTINA INFECTADA

grande quantidade de bactérias

consistência amolecida

aspecto úmido

fibras colágenas degradadas

não é passível de remineralização

deve ser removida

DENTINA AFECTADA

número reduzido de bactérias

consistência de "lascas"

aspecto seco

matriz orgânica intacta

passível de remineralização

deve ser mantida



DESPENCA NA PROVA!

Estratégia Saúde



152

CIV

CLASSIFICAÇÃO POR COMPOSIÇÃO

Convencionais

Alta viscosidade

Reforçados por metais

Modificados por resina

CLASSIFICAÇÃO POR APLICAÇÃO

Tipo I cimentação

Tipo II restaurações

Tipo III forramento/base

Procedimentos clínicos	Convencional	Reforçado por metais	Alta viscosidade	Modificado por resina	Compômero
Selamento de fissuras	✓			✓	
Base e forramento	✓			✓	✓
Técnica do sanduiche aberto				✓	✓
Técnica do sanduiche fechado	✓			✓	✓
Classe I conservadora		✓	✓	✓	✓
Classe II estritamente proximal		✓	✓	✓	✓
Classe III				✓	✓
Classe V	✓			✓	✓
Classes I e II (Odontopediatria)	✓	✓	✓	✓	✓
ART	✓		✓		
Restauração temporária de longa duração	✓		✓	✓	
Núcleo de preenchimento	✓	✓		✓	✓
Cimentação	✓			✓	✓

153



DESPENCA NA
PROVA!

Cimento de Ionômero de Vidro

VANTAGENS

- liberação de fluoretos, adesividade à estrutura dentária,
- coeficiente de expansão térmica semelhante ao da dentina
- baixa irritabilidade pulpar.

DESVANTAGENS

- baixa resistência mecânica (material frável),
- Potencial solubilidade aos fluidos bucais
- opacidade, que desfavorece sua indicação quando a estética é relevante.

CONTRAINDICAÇÕES DOS CIVs

- regiões de grande resistência aos esforços e ao desgaste como em cavidades de classe I e II extensas em dentes permanentes,
- cavidades de classe IV em dentes permanentes.
- áreas de excelência em estética

154

Os requisitos de um agente de proteção ideal são:

- ✓ Ser bom isolante térmico e elétrico
- ✓ Ter propriedades bactericidas e/ou bacteriostáticas
- ✓ Apresentar adesão às estruturas dentais
- ✓ Estimular a recuperação das funções biológicas da polpa, favorecendo a formação de uma barreira mineralizada
- ✓ Favorecer a formação de dentina terciária ou esclerosada, particularmente remineralizando a dentina desmineralizada no fundo cavitário
- ✓ Ser inofensivo para a polpa, ou seja, não provocar lesões pulpares
- ✓ Ser biologicamente compatível com o complexo dentinopulpar, mantendo a vitalidade do dente
- ✓ Apresentar resistência mecânica suficiente aos esforços de condensação e contração de polimerização dos materiais restauradores
- ✓ Inibir a penetração de íons metálicos no dente, diminuindo a descoloração ao longo do tempo, causada por restaurações metálicas
- ✓ Evitar ou diminuir a infiltração de bactérias ou toxinas bacterianas na dentina e polpa
- ✓ Ser insolúvel no ambiente bucal.

155



JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

(FGV/ENARE/2024) Um paciente com 20 anos comparece à consulta odontológica para a realização de tratamento restaurador em resina composta no dente 36. Após o preparo, a cavidade apresenta-se profunda, sem exposição pulpar e com pontos de dentina remanescente de espessura inferior a 0,5mm. Nesse cenário, assinale a opção que indica a proteção do complexo dentino-pulpar para a restauração desse dente.

- (A) Aplicação apenas de adesivo dentinário.
- (B) Aplicação de verniz cavitário em toda a cavidade.
- (C) Aplicação de adesivo dentinário, seguido de cimento de ionômero de vidro, em toda a cavidade.
- (D) Aplicação de hidróxido de cálcio apenas nos pontos muito profundos, cimento de ionômero de vidro em cima do hidróxido de cálcio e nas áreas profundas e, por fim, adesivo dentinário em toda a cavidade.
- (E) Aplicação de cimento de MTA apenas nos pontos muito profundos, hidróxido de cálcio em cima do cimento de MTA e nas áreas profundas

156

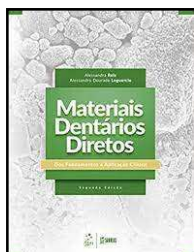


JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

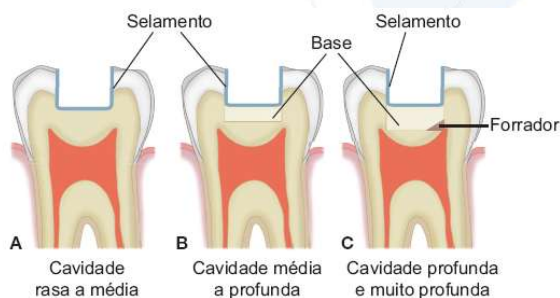
(FGV/ENARE/2024) Um paciente com 20 anos comparece à consulta odontológica para a realização de tratamento restaurador em resina composta no dente 36. Após o preparo, a cavidade apresenta-se profunda, sem exposição pulpar e com pontos de dentina remanescente de espessura inferior a 0,5mm. Nesse cenário, assinale a opção que indica a proteção do complexo dentino-pulpar para a restauração desse dente.

- (A) Aplicação apenas de adesivo dentinário.
- (B) Aplicação de verniz cavitário em toda a cavidade.
- (C) Aplicação de adesivo dentinário, seguido de cimento de ionômero de vidro, em toda a cavidade.
- (D) Aplicação de hidróxido de cálcio apenas nos pontos muito profundos, cimento de ionômero de vidro em cima do hidróxido de cálcio e nas áreas profundas e, por fim, adesivo dentinário em toda a cavidade.**
- (E) Aplicação de cimento de MTA apenas nos pontos muito profundos, hidróxido de cálcio em cima do cimento de MTA e nas áreas profundas

157



PROTEÇÃO CPD



Quantidade de dentina remanescente após o preparo cavitário e material a ser utilizado para proteger o complexo dentinopulpar para uma restauração definitiva.

Dentina remanescente (mm)	Associação de materiais
< 0,5	Forrador + Base + Selador
0,5 a 1,5	Base + Selador
> 1,5	Selador

Figura: relação materiais x profundidade da cavidade. Fonte: LOGUERCIO (2021)

158

PROTEÇÃO CPD

Resumo dos materiais indicados atualmente para selamento, forramento e base.

Selamento	Forramento	Base
Vernizes cavitários	Cimento de hidróxido de cálcio	Cimento de policarboxilato de zinco
Sistemas adesivos	MTA	Cimento de fosfato de zinco
	MTA modificado	Cimento de ionômero de vidro convencional
		Cimento de ionômero de vidro modificado por resina
		Resinas de baixa viscosidade
		Resinas poliácido- modificadas
		MTA modificado
		Cimento de óxido de zinco e eugenol

Figura: materiais indicados para proteção do CPD. Fonte: LOGUERCIO (2021)

159

PROTEÇÃO PULPAR

Material	Vantagens	Desvantagens
Hidróxido de cálcio	Formação de barreira de dentina Fácil manuseio Baixo custo Propriedades antibacterianas Muitos estudos clínicos de eficácia	Causa redução de volume pulpar pela necrose superficial Alta solubilidade Baixas propriedades mecânicas Baixa capacidade de vedação da interface Requer uso de base
MTA	Formação de barreira de dentina sem perda de volume pulpar Menor solubilidade que o hidróxido de cálcio Melhores propriedades mecânicas que o hidróxido de cálcio Não necessita de campo seco para aplicação Propriedades antibacterianas Muitos estudos clínicos de eficácia	Presa lenta, exceto nos MTAs modificados Possibilidade de descoloração dental quando formulado com óxido de bismuto Alto custo Requer uso de base

160



JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

(FGV/SESMT - Clínico/ 2024) Os sistemas adesivos podem ser classificados quanto à sua estratégia de união ou em relação ao número de passos clínicos. Com relação aos sistemas adesivos autocondicionantes, analise os itens a seguir.

- I. Os sistemas podem apresentar 1 ou 2 passos clínicos.
- II. Removem parcialmente e/ou incorporam a smear layer na interface adesiva.
- III. Utiliza-se primeiro ácido fosfórico, seguido de primer e adesivo.

Está correto o que se afirma em

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

161



JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

(FGV/SESMT - Clínico/ 2024) Os sistemas adesivos podem ser classificados quanto à sua estratégia de união ou em relação ao número de passos clínicos. Com relação aos sistemas adesivos autocondicionantes, analise os itens a seguir.

- I. Os sistemas podem apresentar 1 ou 2 passos clínicos.
- II. Removem parcialmente e/ou incorporam a smear layer na interface adesiva.
- III. Utiliza-se primeiro ácido fosfórico, seguido de primer e adesivo.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, apenas.
- (B) I e II, apenas.**
- (C) I e III, apenas.
- (D) II e III, apenas.

162

TÉCNICA DO ATAQUE ÁCIDO

- ❖ ácido fosfórico aplicado de 15 a 30 seg em esmalte +até 15 seg em dentina.



Criação de microporosidades

Remoção da lama dentinária e smear plugs

- ✓ Após lavagem do ácido o esmalte pode ser seco com jatos de ar, mas a dentina deve ser mantida levemente úmida para evitar o colapamento da trama de fibrilas colágenas expostas pela desmineralização superficial da dentina (5µm)
- ✓ O condicionamento ácido do **esmalte** transforma a superfície lisa e suave deste em uma superfície acentuadamente irregular, **aumentando a sua energia**.
- ✓ O condicionamento ácido da **dentina** se dá pela **remoção da smear-layer**, eliminando o conteúdo mineral da camada mais superficial. = A hidroxiapatita é removida, expondo as fibrilas de colágeno

163

ADESIVOS

convencional

autocondicionante

3 passos
ácido fosfórico,
primer e adesivo

2 passos
ácido fosfórico,
solução de primer
e adesivo

2 passos
primer ácido e
adesivo

1 passo
primer ácido
combinado com
adesivo

Quarta geração,
3 frascos



Condicionador Primer Resina adesiva

Quinta geração,
2 frascos



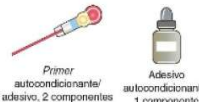
Condicionador Primer e resina adesiva combinados

Sexta geração,
2 frascos



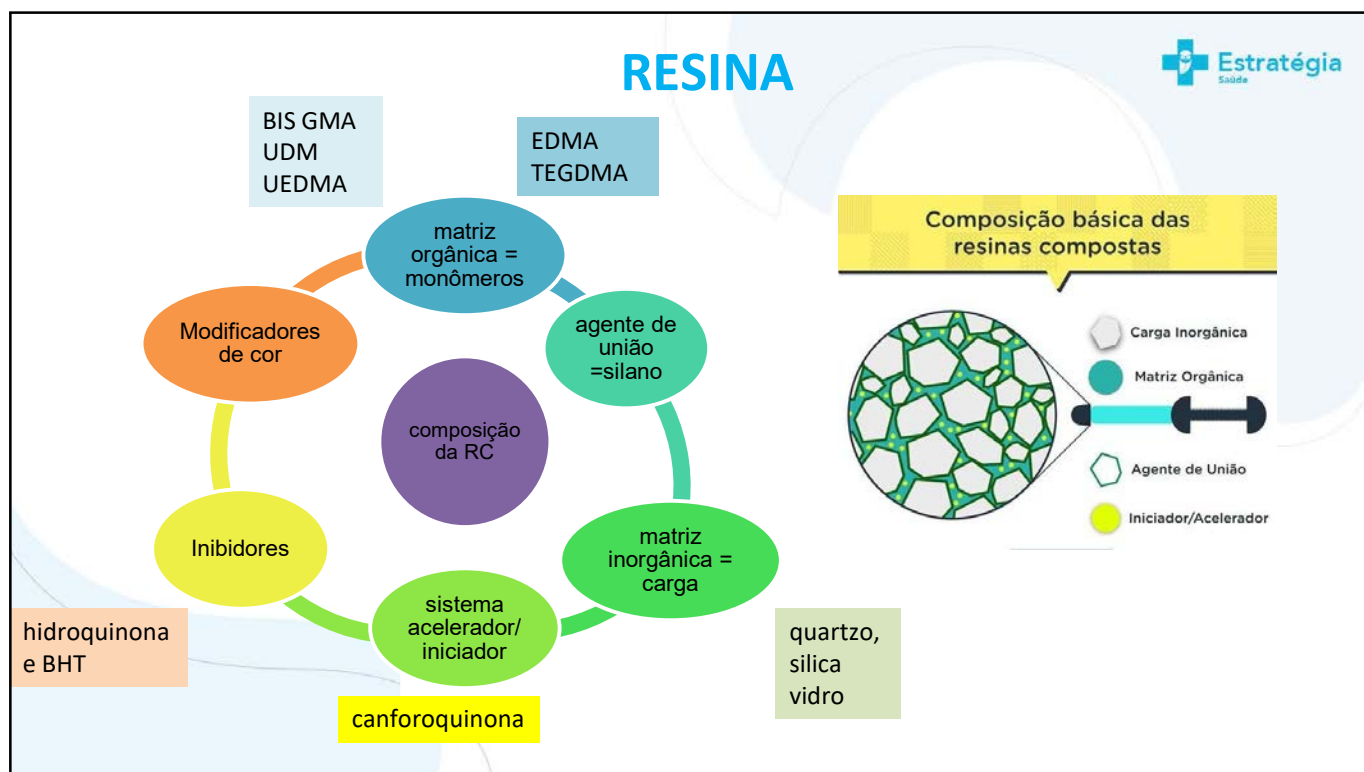
Primer autocondicionante Resina adesiva

Sétima geração,
1 frasco



Primer autocondicionante/adesivo, 2 componentes Adesivo autocondicionante, 1 componente

164



165

RESINA - Funções da carga

Vantagens

- Reforço
- Redução da contração de polimerização
- Radiopacidade
- Mais inerte a agentes externos
- Redução da contração e da expansão térmica
- Controle da viscosidade e manipulação
- Diminuição da absorção de água

Desvantagens

- Rugosidade
- Influencia no polimento e brilho superficial
- Dificulta a passagem da luz

Diagrama de funções da carga:

MACRO	MICRO	HIBRIDA	NANO

Contração de Polimerização X Quantidade de Matriz Orgânica

> Matriz Orgânica
> Contração

< Matriz Orgânica
< Contração

166

Classificação das resinas compostas

Sistema de ativação,

fotoativadas

quimicamente
ativadas

dupla ativação

Tamanho de partículas

Macropartículas

Micropartículas

De partículas
pequenas

Híbridas

Nanopartículas

Consistência ou viscosidade

Fluida

Regular

Condensável

Técnicas de Inserção

Incremental

Bulk

167

Fotopolimerização

Tabela 9.1: Definições e nomenclaturas básicas para descrever a capacidade luminosa dos fotopolimerizadores.

TERMO	DEFINIÇÃO	UNIDADE
Potência	Intensidade com a qual o trabalho é realizado	mW
Irradiância	Potência/área	mW/cm ²
Densidade de energia	Irradiância x tempo	J/cm ²

- Atualmente, é aceito que 16 J/cm (ou 16.000 mws/cm) é a **Densidade de Energia segura** necessária para fotopolimerizar adequadamente um incremento de 2 mm de resina em um determinado período.
- É importante salientar que esse valor pode ser menor em alguns casos, dependendo do tipo, cor e da opacidade da resina e também de quais fotoiniciadores o material contém.

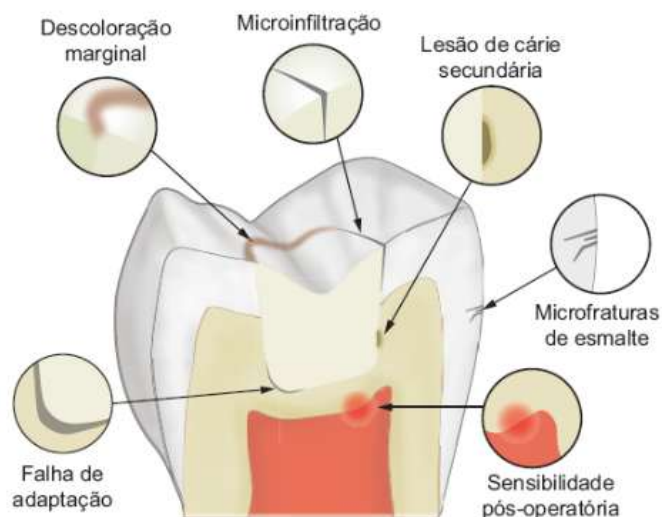
168

Contração de polimerização

➤ A contração de polimerização depende do percentual de carga presente nas resinas compostas e do grau de conversão monômero-polímero desses materiais.

➤ Para reduzir a contração total, monômeros com maior massa molecular são empregados na composição das resinas compostas.

➤ **QUANTO MAIOR O TEOR DE CARGA, MENOR A CONTRAÇÃO DE POLIMERIZAÇÃO**



169



JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

(FGV/TJMT/2024) Analise a situação clínica a seguir. O elemento 36 apresenta restauração fraturada de amálgama MO. Não há cárie nem alteração de sensibilidade no dente. Ao exame clínico observa-se, na face mesial, inflamação gengival e profundidade de sondagem de 5mm. O término da restauração encontra-se 2mm subgengival e distando 3mm da crista óssea alveolar.

Diante do exposto, a conduta clínica mais adequada é:

- (A) exodontia e instalação de implante dentário;
- (B) cirurgia para restabelecimento do espaço biológico e nova restauração;
- (C) tratamento endodôntico, preenchimento e nova restauração do elemento;
- (D) restauração provisória, cirurgia para restabelecimento do espaço biológico (gengivectomia e osteotomia de 3mm) e nova restauração;
- (E) restauração provisória, controle da inflamação gengival, gengivectomia (se necessário após o controle da inflamação) e nova restauração.

170



JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

(FGV/TJMT/2024) Analise a situação clínica a seguir. O elemento 36 apresenta restauração fraturada de amálgama MO. Não há cárie nem alteração de sensibilidade no dente. Ao exame clínico observa-se, na face mesial, inflamação gengival e profundidade de sondagem de 5mm. O término da restauração encontra-se 2mm subgengival e distando 3mm da crista óssea alveolar.

Diante do exposto, a conduta clínica mais adequada é:

- (A) exodontia e instalação de implante dentário;
- (B) cirurgia para restabelecimento do espaço biológico e nova restauração;
- (C) tratamento endodôntico, preenchimento e nova restauração do elemento;**
- (D) restauração provisória, cirurgia para restabelecimento do espaço biológico (gengivectomia e osteotomia de 3mm) e nova restauração;
- (E) restauração provisória, controle da inflamação gengival, gengivectomia (se necessário após o controle da inflamação) e nova restauração.

171

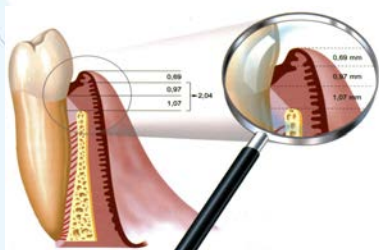
Manutenção do Espaço Biológico

ESPAÇO BIOLÓGICO

barreira biológica cuja função é proteger diretamente os tecidos de sustentação do dente, evitando o contato com substâncias irritantes e/ou bactérias e seus produtos tóxicos

corresponde às estruturas histológicas localizadas **coronariamente ao topo da crista óssea alveolar**

- sulco gengival= 0,69 mm
- epitélio juncional = 0,97 mm
- inserção conjuntiva= 1,07 mm



Tipo de tratamento	Estado do espaço biológico	
	Sem invasão	Com invasão
Não cirúrgico	Procedimentos básicos*	Extrusão ortodôntica
Cirúrgico	Gengivectomia Cirurgia a retalho sem osteotomia	Cirurgia a retalho com osteotomia

*Raspagem, alisamento e polimento do dente + higiene bucal. (Adaptado de Lotufo e Lascala.)¹⁰¹

172

JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

(FGV/ENARE/2024) Um paciente com 50 anos procura atendimento odontológico com queixa de sensibilidade nos dentes. O paciente relata ser enólogo há 20 anos, chegando a provar mais de 50 vinhos por dia. Ao exame intraoral, as faces convexas dos dentes apresentam-se lisas, com perda de brilho, achatadas, com concavidades de limites arredondados e de maior largura que profundidade, estando as lesões localizadas para coronal da união cimento- esmalte, observando-se reminiscências de esmalte ao longo da margem gengival. Nas faces oclusais, observa-se o arredondamento das cúspides, com perda de morfologia e aparecimento de concavidades. As restaurações dentárias aparentam estar proeminentes por perda de tecido dentário ao redor. Não há presença de cárie dentária. Considerando o quadro clínico do paciente, com relação às lesões não cariosas citadas, assinale a principal hipótese diagnóstica.

- (A) Atrição.
- (B) Abrasão.
- (C) Abfração.
- (D) Biocorrosão dentária exógena.
- (E) Biocorrosão dentária endógena.

173

JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

(FGV/ENARE/2024) Um paciente com 50 anos procura atendimento odontológico com queixa de sensibilidade nos dentes. O paciente relata ser enólogo há 20 anos, chegando a provar mais de 50 vinhos por dia. Ao exame intraoral, as faces convexas dos dentes apresentam-se lisas, com perda de brilho, achatadas, com concavidades de limites arredondados e de maior largura que profundidade, estando as lesões localizadas para coronal da união cimento- esmalte, observando-se reminiscências de esmalte ao longo da margem gengival. Nas faces oclusais, observa-se o arredondamento das cúspides, com perda de morfologia e aparecimento de concavidades. As restaurações dentárias aparentam estar proeminentes por perda de tecido dentário ao redor. Não há presença de cárie dentária. Considerando o quadro clínico do paciente, com relação às lesões não cariosas citadas, assinale a principal hipótese diagnóstica.

- (A) Atrição.
- (B) Abrasão.
- (C) Abfração.
- (D) Biocorrosão dentária exógena.**
- (E) Biocorrosão dentária endógena.

174



175

JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

SE LIGA!

(FGV/SESMT-Endodontista/2024) Tem sido sugerido que o tratamento para a hipersensibilidade dentinária se inicie com o paciente utilizando um dentifrício com agente dessensibilizador. Com relação às alternativas terapêuticas que podem ser empregadas caso o uso do dentifrício não obtenha sucesso, analise os itens a seguir.

- Aplicação de gel de oxalato de potássio
- Aplicação de adesivos dentinários.
- Terapia com laser de baixa e alta potência.

Está correto o que se afirma em

- III, apenas.
- I e III, apenas.
- I, II e III.
- I, apenas.

176



JÁ CAIU EM PROVA DA FGV!

(FGV/SESMT-Endodontista/2024) Tem sido sugerido que o tratamento para a hipersensibilidade dentinária se inicie com o paciente utilizando um dentifrício com agente dessensibilizador. Com relação às alternativas terapêuticas que podem ser empregadas caso o uso do dentifrício não obtenha sucesso, analise os itens a seguir.

I. Aplicação de gel de oxalato de potássio

II. Aplicação de adesivos dentinários.

III. Terapia com laser de baixa e alta potência.

Está correto o que se afirma em

(A) III, apenas.

(B) I e III, apenas.

(C) I, II e III.

(D) I, apenas.

177



TERAPIAS DESSENSIBILIZANTES

Mecanismo de Ação	Agentes
Precipitação de proteínas	Nitrato de potássio, Formalina e Cloreto de zinco
Deposição de partículas	Oxalato de potássio, Oxalato de ferro, Hidróxido de cálcio, compostos fluoretados, Iontoforese, Cloreto de estrôncio e Dentifrícios
Películas impermeabilizadoras	Vernizes e adesivos
Procedimentos restauradores	Resinas, CIV e restaurações indiretas
Despolarização neural	Sais de potássio
Bioestimulação tecidual	Laser em baixa intensidade
Obliteração dos túbulos dentinários	Laser em alta intensidade

178

Prof. Renata Barbosa



@renata_psbarbosa
@estrategia.saude



renatapsbarbosa@gmail.com

179



OBRIGADA!

Profª. Renata Barbosa

180



CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS: CIRURGIÃO DENTISTA

Prof^a. Stefania Possamai

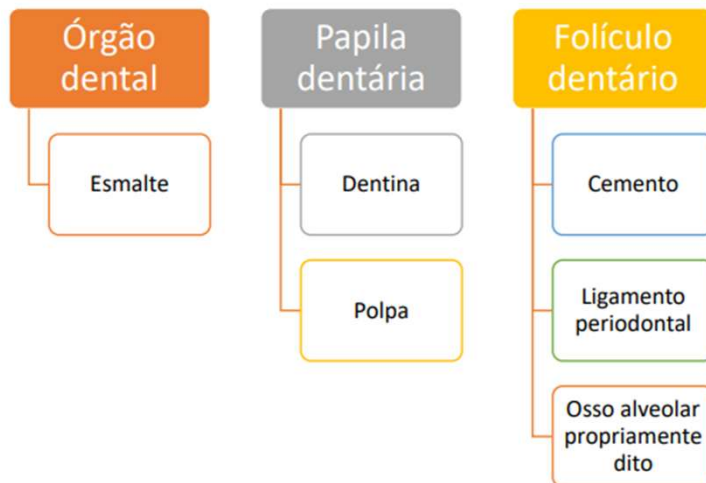
181



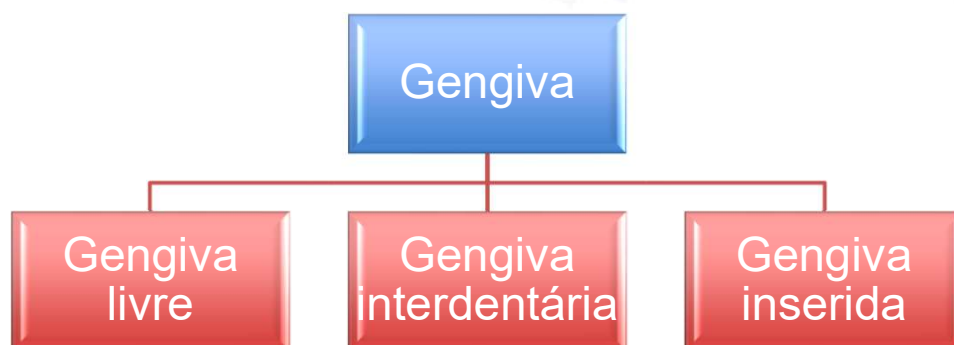
PERIODONTIA EBSERH-2025 BANCA FGV

Prof^a. Stefania Possamai

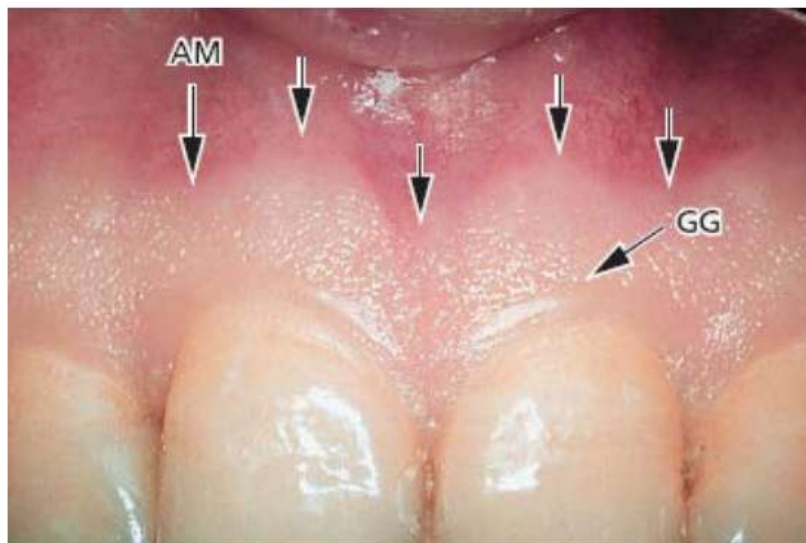
182



183



184



185

GENGIVA

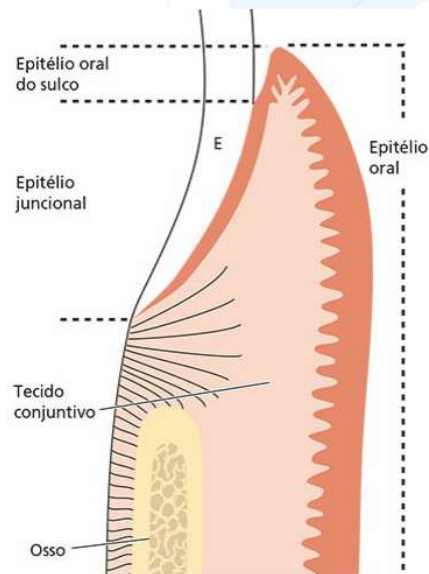
Anatomia microscópica

Epitélio

O **epitélio** que recobre a gengiva pode ser diferenciado da seguinte forma:

- **Epitélio oral:** voltado para a cavidade oral
- **Epitélio sulcular oral:** voltado para o dente, **sem entrar em contato com a superfície do dente**
- **Epitélio juncional:** promove o contato da gengiva com o dente.

186



187

👉 Epitélio oral

É um epitélio **pavimentoso estratificado queratinizado**.

Baseado no grau de diferenciação das células produtoras de queratina, o epitélio oral é dividido nas seguintes camadas celulares:

- ✓ **Camada basal** (estrato basal ou germinativo);
- ✓ **Camada espinhosa** (estrato espinhoso);
- ✓ **Camada granulosa** (estrato granuloso); e
- ✓ **Camada queratinizada** (estrato córneo).

188



Quando os núcleos das células mais externas estão ausentes, tal epitélio é denominado **ortoceratinizado**. Todavia, com frequência, as células da camada córnea do epitélio da gengiva humana contêm restos de núcleos. Nesse caso, o epitélio é denominado **paraceratinizado**.

189

Tecido conjuntivo

Fibras colágenas (60% em volume)

Fibroblastos (5%)

Vasos, nervos e matriz (aproximadamente 35%)

190

Os três tipos de fibras do tecido conjuntivo são:

- **Colágenas;**
- **Reticulares; e**
- **Elásticas.**

- O **colágeno tipo I** forma o grosso da lâmina própria.

191



RESUMINDO

Dentogengivais

- são localizadas nas superfícies vestibular, lingual e interproximal e estão inseridas no cimento logo abaixo do epitélio juncional, na base do sulco gengival.

Circulares

- correm pelo tecido conjuntivo da gengiva marginal e interdental e circundam o dente de forma semelhante a um anel.

Transeptais

- feixes horizontais que se estendem entre o cimento de dois dentes adjacentes, nos quais estão inseridas

192

Ligamento periodontal

As fibras principais são compostas principalmente por **colágeno tipo I**, as fibras reticulares são de **colágeno tipo III** e o colágeno tipo IV é encontrado na lâmina basal.

As fibras principais do ligamento periodontal são organizadas em **seis grupos** que se estabelecem sequencialmente na raiz em desenvolvimento:

- transeptal;
- da crista alveolar;
- horizontal;
- oblíqua;
- apical; e
- interradicular

193

TIPO DE FIBRA	LOCALIZAÇÃO
Transeptais	Interproximalmente sobre o osso alveolar e a crista alveolar e estão inseridas no cimento dos dentes adjacentes.
Da crista alveolar	Estendem-se obliquamente do cimento, localizado imediatamente abaixo do epitélio juncional, à crista óssea alveolar
Horizontais	Estendem-se perpendicularmente ao longo eixo do dente e vão do cimento até o osso alveolar.
Oblíquas	Estendem-se do cimento em direção coronal, obliquamente, até o osso.
Apicais	Irradiam-se de forma irregular, do cimento ao osso alveolar, no fundo do alvéolo.
Interradiculares	Estendem-se em forma de leque do cimento às áreas de bifurcação em dentes multirradiculares.

194

Cimento

O cimento é o tecido mesenquimal calcificado e avascular que forma a cobertura exterior da raiz anatômica, sendo os dois tipos principais:

- **cimento acelular (primário); e**
- **cimento celular (secundário).**

A maior parte da matriz orgânica do cimento é composta de **colágeno tipo I (90%) e tipo III (cerca de 5%)**. Já as fibras de Sharpey, as quais compõe uma parte considerável do volume de cimento, são compostas principalmente de colágeno **tipo I**

195

CEMENTO ACELULAR DE FIBRAS EXTRÍNSECAS

- É composto **quase inteiramente por fibras de Sharpey**. É produzido por fibroblastos e cementoblastos, sendo encontrado no terço cervical de raízes, mas podendo estender-se mais apicalmente. A sua espessura varia entre **30 e 230 µm**;

CEMENTO CELULAR ESTRATIFICADO MISTO

- Composto por fibras extrínsecas e fibras intrínsecas, pode conter células e é um coproduto de fibroblastos e cementoblastos. Encontrado principalmente no terço apical das raízes e em áreas de bifurcação. A sua espessura varia de **100 a 1.000 µm**;

CEMENTO CELULAR DE FIBRAS INTRÍNSECAS

- Contém células, porém não tem fibras de colágeno extrínseco; é formado por cementoblastos e, em seres humanos, preenche lacunas de reabsorção.

CEMENTO ACELULAR AFIBRILAR

- **Não contém células nem fibras colágenas extrínsecas ou intrínsecas**, formado exclusivamente por uma **substância fundamental mineralizada**. Encontrado como cimento coronal em seres humanos cuja espessura varia de **1 a 15 µm**;

196



Índice de Placa, apresentado por Silness & Løe

- **Grau 0:** ausência de depósitos de placa
- **Grau 1:** visualização da placa através de sua remoção com a sonda periodontal sendo deslizada pela margem gengival
- **Grau 2:** placa clinicamente visível
- **Grau 3:** placa abundante.

197



Variantes simplificadas dos Índices Gengival e de Placa propostas por Ainamo & Bay (1975)

Avaliam a presença/ausência de inflamação ou placa respectivamente em um padrão binomial (contagem dicotômica).

O sangramento da margem gengival e a placa visível recebem **escore 1**, enquanto a ausência de sangramento e nenhuma placa visível, **escore 0**.

198



Índice Gengival, descrito por Løe

A presença de **inflamação na gengiva** marginal é usualmente registrada através de sondagem periodontal, sendo os parâmetros:

- **Grau 0**- Ausência total de sinais visuais de inflamação na unidade gengival
- **Grau 1**- Ligeira alteração na cor e na textura
- **Grau 2**- Inflamação visível e a tendência ao sangramento da margem gengival após sondagem
- **Grau 3**- Inflamação patente com tendência ao sangramento espontâneo.



Em um hospedeiro que tenha suscetibilidade **baixa para a doença**, as bactérias podem não ter um efeito clínico, pois a resposta imunoinflamatória efetiva do hospedeiro consegue eliminar os organismos patogênicos, enquanto minimiza a destruição dos tecidos locais.

Em um hospedeiro com suscetibilidade relativamente **alta**, pode ocorrer destruição considerável dos tecidos periodontais.

Em virtude das diferenças na suscetibilidade do hospedeiro, **nem todos os indivíduos são igualmente vulneráveis aos efeitos destrutivos dos patógenos periodontais** e à resposta imunoinflamatória a esses organismos.

cardiopatias coronarianas e seus eventos relacionados, como angina, infarto, aterosclerose e outras condições vasculares;

acidente vascular cerebral (AVC);

diabetes melito (DM);

condições respiratórias, como a doença pulmonar obstrutiva crônica; e

parto prematuro, baixo peso ao nascimento e pré-eclâmpsia.

201

Por outro lado, uma base de evidências menor, mas crescente, sustenta uma associação entre saúde bucal deficiente, perda de dentes ou periodontite e condições como:

- **doença renal crônica e insuficiência renal;**
- **certas formas de câncer que afetam o fígado, pâncreas e região colorretal;**
- **artrite reumatoide;**
- **função cognitiva alterada, demência e doença de Alzheimer.**

202

Doença Periodontal, Cardiopatia coronariana (CC) e Aterosclerose

Estudos transversais de pacientes com IM agudo ou CC, em comparação com pacientes controle, pareados por idade e sexo, demonstram que os pacientes com IM tinham **saúde odontológica significativamente pior que os controles**, independente dos fatores de risco conhecidos para cardiopatias.

Uma vez que a aterosclerose é um determinante principal de eventos relacionados com a CC, a saúde oral também foi **associada à ateromatose coronariana**.

Há evidência de que a **extensão da doença periodontal pode estar associada à CC**.

Pode haver um risco **maior de eventos relacionados com a CC**, por exemplo, o IM, em indivíduos no qual a periodontite afeta um maior número de dentes, em comparação com aqueles que têm periodontite envolvendo um menor número de dentes.

203



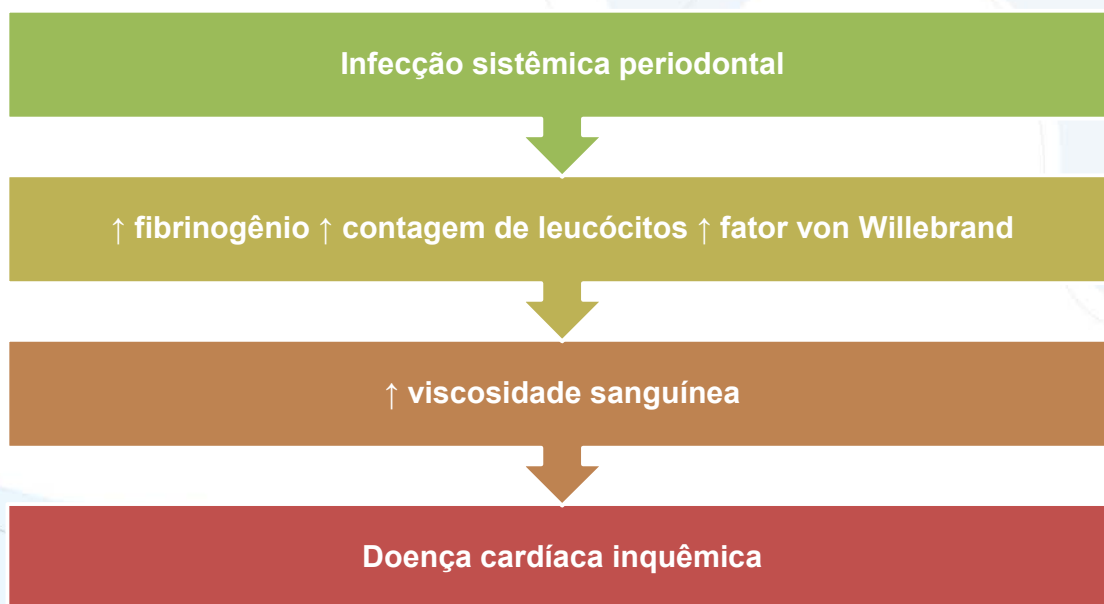
RESUMINDO

Não existem evidências suficientes que demonstram que o tratamento de doença periodontal tem qualquer impacto sobre o risco de doença.

Há fortes evidências epidemiológicas de que a periodontite aumenta o risco para doenças cardiovasculares.

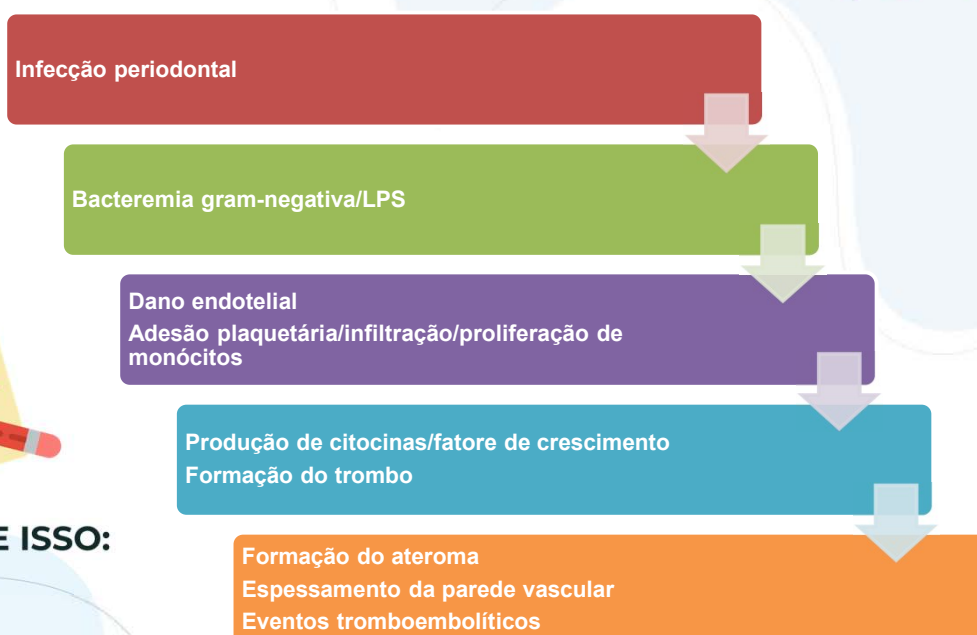
204

Cardiopatia Isquêmica



205

Papel da Doença Periodontal na Isquemia Miocárdica ou Cerebral Aterosclerótica



 **ANOTE ISSO:**

206

- Marcadores inflamatórios sistêmicos desempenham um importante papel na avaliação de riscos vasculares como o IM e o AVC. Proteínas de fase aguda, como a **proteína C-reativa (PCR)** e o **fibrinogênio**, são produzidas no fígado em resposta a estímulos inflamatórios ou infecciosos e atuam como marcadores inflamatórios.
- A PCR induz os monócitos e macrófagos a produzirem **fator tecidual**, o qual estimula a via da coagulação e **aumenta a coagulação sanguínea**. Ademais, a PCR também **estimula a cascata do complemento**, exacerbando ainda mais a inflamação. Níveis aumentados de fibrinogênio também podem contribuir para esse processo.
- Os níveis séricos de PCR e fibrinogênio estão muitas vezes elevados aumentados nos pacientes com periodontite, em comparação com indivíduos sem a doença. Tais proteínas de fase aguda podem atuar como etapas intermediárias na via desde a infecção periodontal até a doença cardiovascular.

Infecção Periodontal Associada a Acidente Vascular Cerebral (Derrame)

A infecção periodontal pode contribuir diretamente para a patogênese da aterosclerose, fornecendo um desafio bacteriano persistente ao endotélio arterial e contribuindo para o processo inflamatório dirigido por monócitos e macrófagos, resultando em ateromatose e estreitamento da luz do vaso.

A infecção periodontal pode estimular uma série de efeitos sistêmicos indiretos, como a produção elevada de fibrinogênio e PCR, que **aumentam o risco de derrame**.

Complicações do DM

- 1. Retinopatia
- 2. Nefropatia
- 3. Neuropatia
- 4. Doença macrovascular
- 5. Alterações no processo de cicatrização
- **6. DOENÇA PERIODONTAL**

209

Infecção Periodontal Associada ao Controle glicêmico no Diabetes

O aumento dos níveis séricos de várias citocinas, incluindo **TNF- α e IL-6**, está associado ao aumento da resistência à insulina. Tal mecanismo explicaria a piora do controle glicêmico associada à periodontite grave.

Infecção periodontal gram-negativa



Aumento da resistência à insulina



Piora do controle glicêmico

210

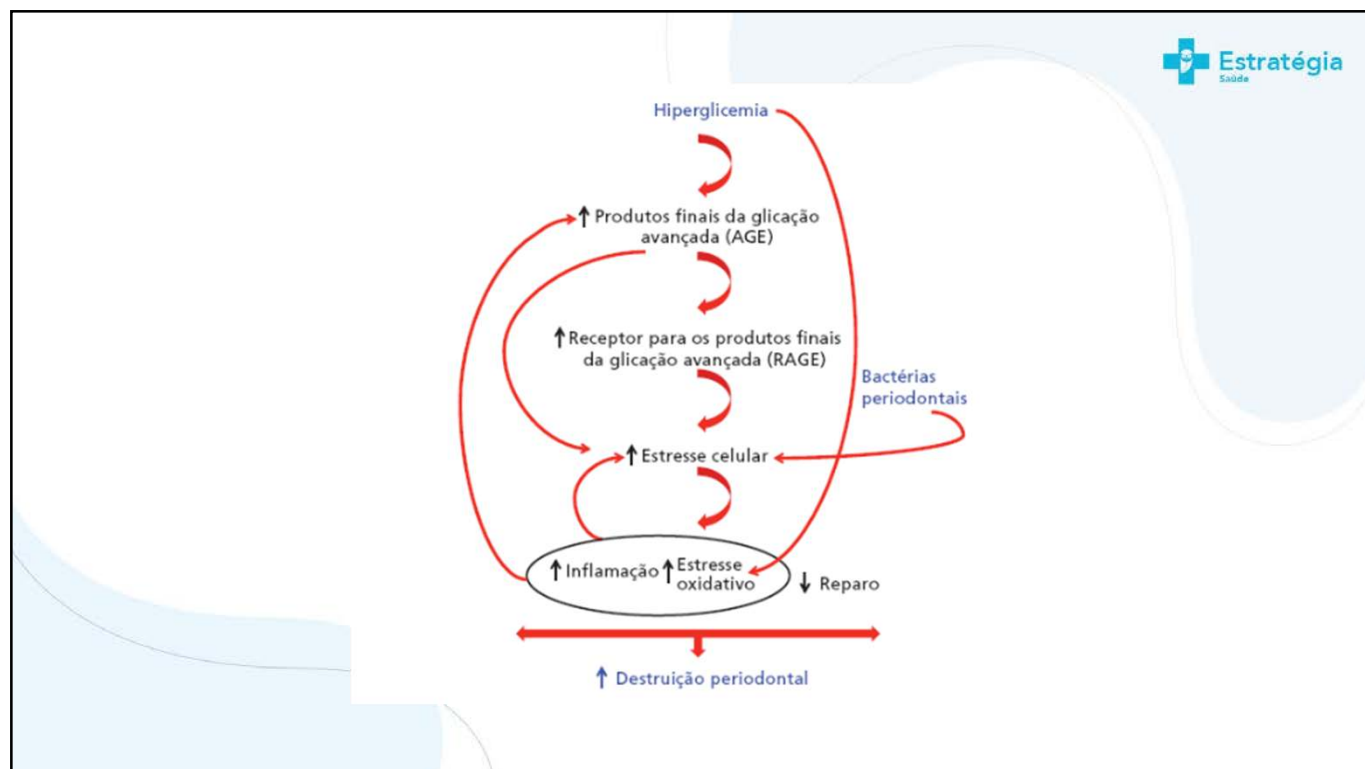
O tratamento periodontal cujo objetivo é diminuir a agressão bacteriana e reduzir a inflamação pode resultar em menor inflamação sistêmica, restaurando a sensibilidade à insulina com o passar do tempo, melhorando o controle metabólico.

Tal mecanismo também pode explicar diferenças na resposta glicêmica ao tratamento periodontal entre os pacientes portadores de DM tipos 1 e 2.

O DM tipo 2 **está fortemente associado à resistência à insulina**, logo o tratamento periodontal que reduz a inflamação sistêmica pode melhorar a sensibilidade da insulina e resultar em melhor controle glicêmico.

De outro modo, o DM tipo 1 **não está fortemente associado à resistência à insulina**. Sendo assim, a redução da inflamação após o tratamento periodontal **pode não ter um grande efeito na sensibilidade à insulina**, minimizando o efeito do tratamento periodontal em pacientes.

211



212



Antibióticos

As doenças periodontais **não devem ser tratadas apenas com agentes antimicrobianos.**

O desbridamento mecânico completo precisa ser realizado para **desfazer os agregados estruturados que protegem as bactérias** incorporadas e reduzir acentuadamente a massa microbiana que pode inibir ou degradar o agente antimicrobiano.

213

Penicilina

- ✓ As penicilinas, assim como as cefalosporinas agem **inibindo a síntese da parede celular.**
- ✓ Têm espectro estreito de atividade; e
- ✓ São **bactericidas.**

Entre as penicilinas, a **amoxicilina** foi a escolhida para o tratamento da doença periodontal por causa de sua considerável atividade contra os vários patógenos periodontais em níveis alcançáveis no líquido gengival.

214

Tetraciclina

O cloridrato de tetraciclina possui atividade antimicrobiana de **amplo espectro e baixa toxicidade**.

As tetraciclinas são **inibidores da síntese de proteína**.

Eles têm atividade de **amplo espectro e são bacteriostáticas**.

Além do efeito antimicrobiano, as tetraciclinas são capazes de **inibir a collagenase** que pode interferir na degradação tecidual na doença periodontal.

215

O **metronidazol** é especificamente ativo contra a parte **obrigatoriamente anaeróbica** da microbiota oral, incluindo *P. gingivalis* e outros microrganismos gram-negativos pigmentados de negro, mas **não** *A. actinomycetemcomitans*, que é anaeróbica facultativa.

Durante a terapia sistêmica com metronidazol náuseas, cefaleia, anorexia e vômitos podem ser experimentados. Os sintomas podem ser mais acentuados com o consumo de álcool (**efeito dissulfiram** ou efeito antabuse®).

216

ASSOCIAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS*

O **Metronidazol** é eficaz contra as bactérias do complexo vermelho (*P. gingivalis*, *T. forsythia*, e *T. denticola*), enquanto que **Amoxicilina** é eficaz contra anaeróbios facultativos (*A. actinomycetemcomitans*). A associação de ambos promove reduções adicionais na profundidade de sondagem de **40% a 50%** com estabilidade em 12 meses de acompanhamento.⁶

METRONIDAZOL

250 ou 400 mg



AMOXICILINA

500 mg

A cada 8 horas
Durante 7 ou 14 dias

Lima Silva et al., 2023.

217

A CHX é **ativa contra bactérias gram-positivas** e gram-negativas, fungos e vírus, incluindo o **vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o vírus da hepatite B**.

Em **baixas concentrações**, a CHX **aumenta a permeabilidade da membrana plasmática**, levando a um efeito bacteriostático e em concentrações mais altas, induz a precipitação das proteínas citoplasmáticas e morte celular, havendo um efeito bactericida;

A CHX mostrou-se **capaz de penetrar o biofilme** e agir ativamente dentro dele, alterando sua formação ou tendo efeito bactericida;

As moléculas de CHX se unem **reversivelmente aos tecidos orais**, com uma lenta liberação que permite efeitos antimicrobianos constantes (até 12 horas);

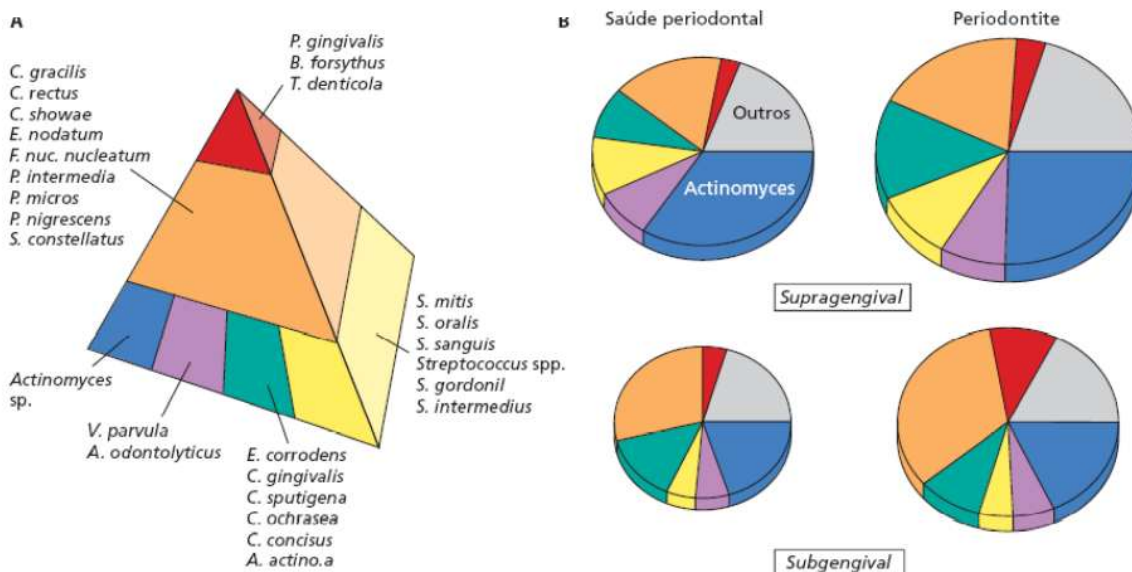
218

Bactérias patogênicas

A. actinomycetemcomitans*, *T. forsythia*, *T. denticola* e *P. gingivalis são considerados **patógenos-chave** pois estão associados ao processo de doença, à progressão da doença e à terapia sem êxito.

Moderada evidência foi relatada para as seguintes espécies: *P. intermedia*, *Prevotella nigrescens*, *C. rectus*, *Parvimonas micra*, *F. nucleatum*, *Eucabterium nodatum* e várias espiroquetas.

219



220



DESPENCA NA
PROVA!

Vamos ver as principais curetas Gracey e suas indicações:

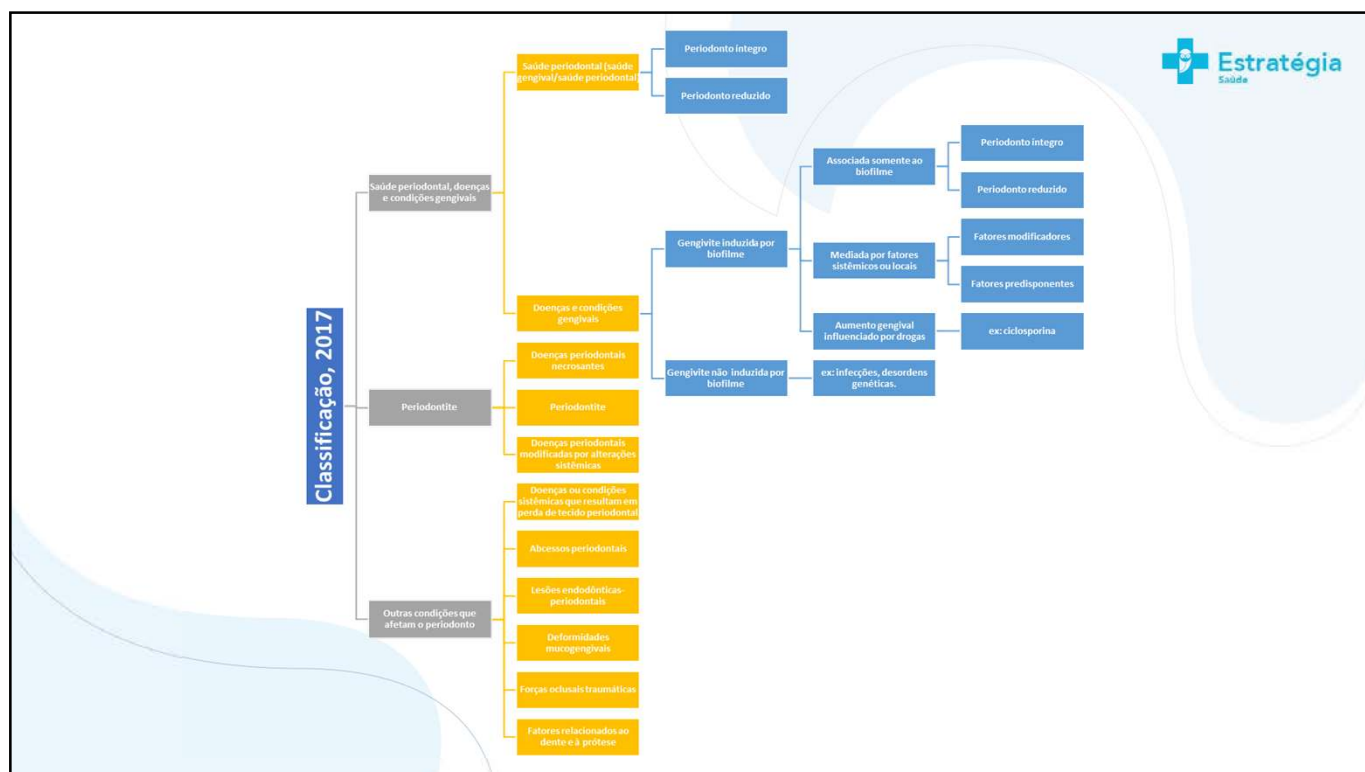
- Gracey 1-2 e 3-4: dentes anteriores
- Gracey 5-6: dentes anteriores e pré-molares
- Gracey 7-8 e 9-10: dentes posteriores, vestibular e lingual
- Gracey 11-12: dentes posteriores, mesiais
- Gracey 13-14: dentes posteriores, distais

221

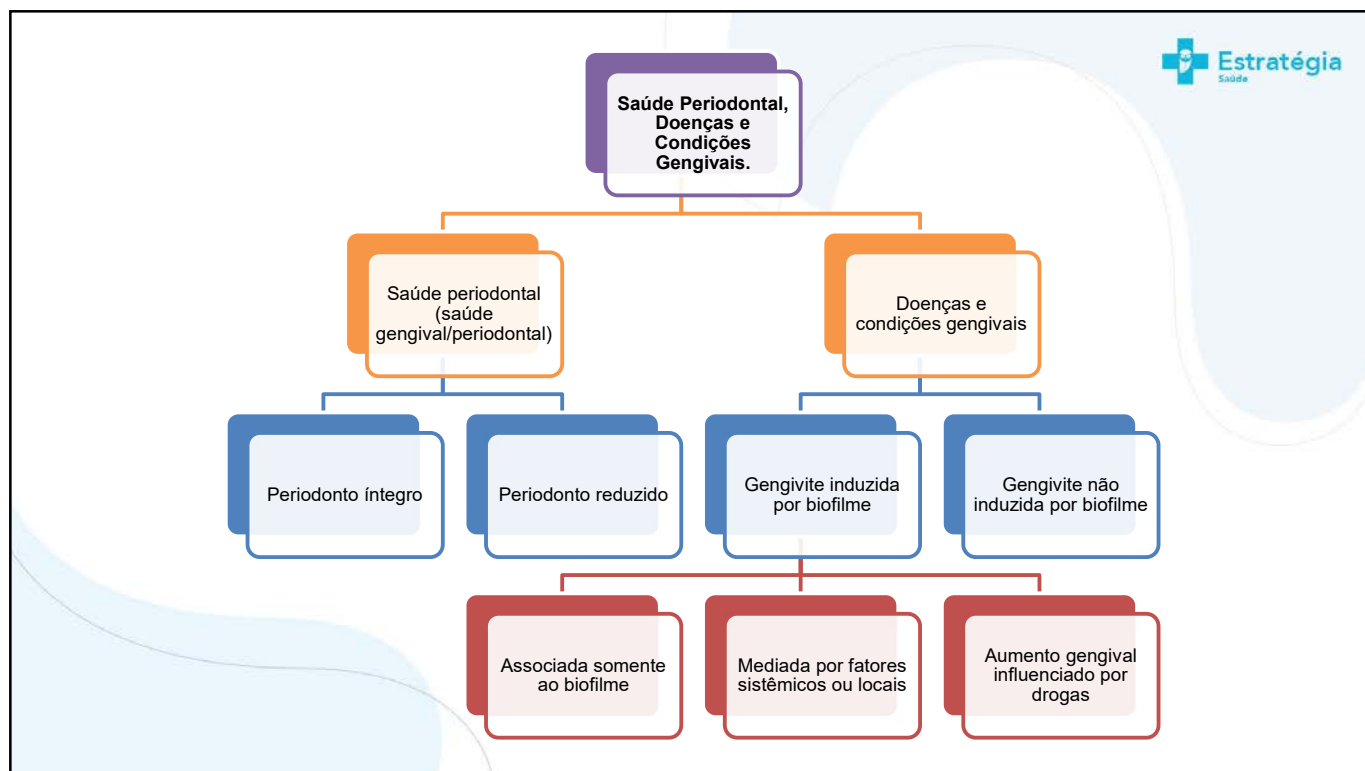
Principais mudanças que ocorreram na classificação de 1999 para a de 2017:

- Há apenas **três grandes categorias de doenças e condições periodontais**
- Foi proposta a definição de **saúde periodontal** (periodonto íntegro ou periodonto reduzido);
- A gengivite possui apenas **duas categorias** (gengivite induzida pelo biofilme e doenças gengivais não induzidas pelo biofilme);
- As denominações de periodontite crônica e agressiva foram **eliminadas**.

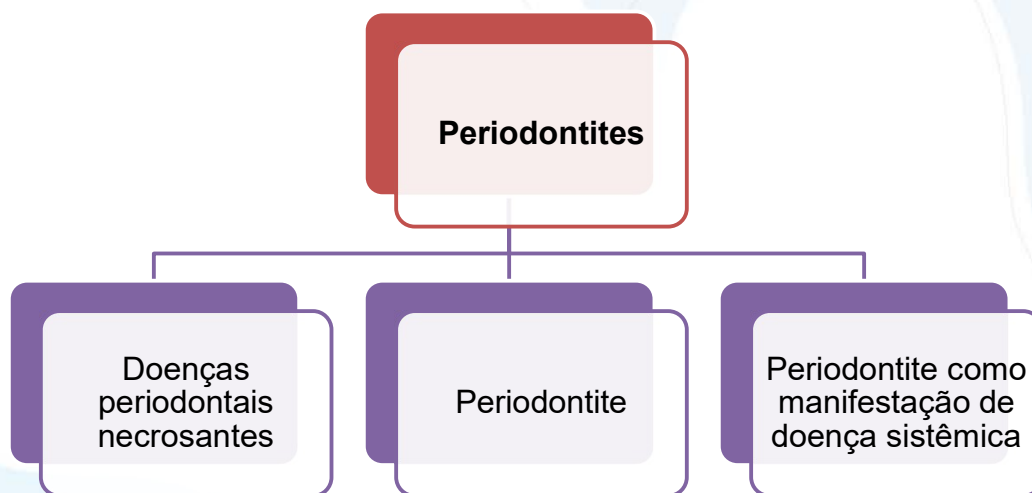
222



223



224



225

		ESTÁGIO I	ESTÁGIO II	ESTÁGIO III	ESTÁGIO IV
Gravidade e Complexidade	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
	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 sítios) generalizada; ou ainda padrão incisivo-molar.			

226

	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%

227

Lesões endodônticas-periodontais



ESCLARECENDO!

Grau 1: bolsa periodontal estreita e profunda em uma superfície radicular

Grau 2: bolsa periodontal larga e profunda em uma superfície radicular

Grau 3: bolsa periodontal larga e profunda em duas ou mais superfícies radiculares

228

Retrações gengivais



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

229

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

JAN LINDHE, NIKLAUS LANG, THORKILD KARRING. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. 6ª Ed. Guanabara Koogan, 2018.

NEWMAN; TAKEI; KLOKKEVOLD; NEWMAN ET. AL, 2020. Periodontia Clínica. 13ª Ed. Editora GEN Guanabara Koogan, 2020.

KAN et al., 2019. Periodontia e Implantodontia contemporânea, Quintecence editora.

Amaral, Guilherme Castro Lima Silva do. Tratamento das doenças periodontais: Um guia prático: periodontite estágio I-III. São Paulo: FOU SP, 2023.

230

Prof. Stefania



@prof.stefania_odonto

231



OBRIGADA!

Profª. Stefania Possamai

232



CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS: CIRURGIÃO DENTISTA

Prof^a. Larissa Oliveira

233



RADIOLOGIA

Prof^a. Larissa Oliveira

234

RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS

As radiografias periapicais podem ser feitas utilizando o princípio da bisettriz ou do paralelismo.

A distância focal na técnica do **Paralelismo** é de 40 cm.

Na técnica da **Bissetriz** é de 20 cm, o que vem proporcionar melhores condições no tocante ao detalhe radiográfico.

O exame periapical de **toda boca** de um paciente adulto totaliza **14 radiografias periapicais**.



ESTA CAI NA
PROVA!

235

Bissetriz

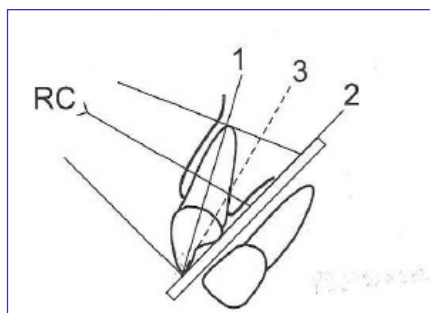


Imagem retirada de: FREITAS, Aguinaldo de; ROSA, José Edu; SOUZA, Icléo Faria e. **Radiologia Odontológica**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. 833 p

Baseada na **regra de isometria de Cieszynski**, o feixe de **raios-X** incide **perpendicular ao plano bissetor** formado pelos planos do dente e filme.

Paralelismo

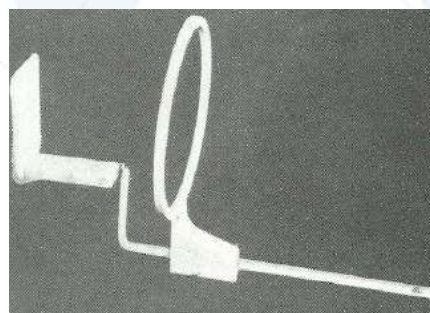


Imagem retirada de: FREITAS, Aguinaldo de; ROSA, José Edu; SOUZA, Icléo Faria e. **Radiologia Odontológica**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. 833 p

Nesta técnica, o **uso de suportes especiais** melhoram a relação de paralelismo entre o longo eixo do dente e o filme, **minimizando o grau de ampliação da imagem radiográfica**.

236

RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS

➤ TÉCNICA DA BISSETRIZ – área de incidência



PRESTE MAIS ATENÇÃO!

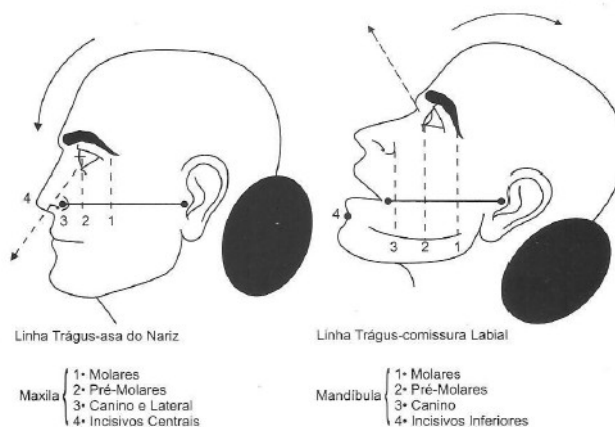


Imagem retirada de: FREITAS, Aguinaldo de; ROSA, José Edu; SOUZA, Icléo Faria e. **Radiologia Odontológica**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. 833 p

237

RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS

➤ TÉCNICA DA BISSETRIZ

ITENS REFERENTES ÀS TÉCNICAS PERIAPICAIS DA BISSETRIZ NA MAXILA (CIESZYNSKY)

Região	Posição da cabeça	Posição do longo eixo do filme	Fixação do filme	Ângulo horizontal	Ângulo vertical	Área de incidência
Molar	PSM perpendicular ao PH e linha de orientação (plano de Camper) paralelo ao PH	Paralelo ao plano horizontal	Polegar da mão do lado oposto	Paralelo aos espaços interproximais 80° a 90°	+20° a +30°	1cm atrás do ponto de intersecção da linha tragus asa do nariz com a linha baixada da comissura palpebral externa
Pré-molares	Idem	Idem	Idem	Idem 70° a 80°	+30° a +40°	No ponto de intersecção da linha tragus asa do nariz com a linha baixada do centro da pupila
Canino e lateral	Idem	Perpendicular ao plano horizontal	Idem	Idem 60° a 75°	+40° a +45°	Asa do nariz
Incisivos	Idem	Idem	Idem	Idem 0°	+45° a +50°	Ápice nasal

238

RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS

➤ TÉCNICA DA BISSETRIZ

ITENS REFERENTES ÀS TÉCNICAS PERIAPICAIS DA BISSETRIZ NA MANDÍBULA (CIESZYNSKY)

Região	Posição da cabeça	Posição do longo eixo do filme	Fixação do filme	Ângulo horizontal	Ângulo vertical	Área de incidência
Molar	PSM perpendicular ao PH e linha tragus-comissura labial paralelo ao PH	Paralelo ao plano horizontal	Indicador da mão do lado oposto	Paralelo aos espaços interproximais 80° a 90°	0° a -5°	0,5cm acima da borda da mandíbula, 1cm atrás de intersecção da linha baixada da comissura palpebral
Pré-molares	Idem	Idem	Idem	Idem 70° a 80°	-5° a -10°	0,5cm acima da borda da mandíbula na intersecção da linha baixada do centro da pupila
Caninos	Idem	Perpendicular ao plano horizontal	Idem	Idem 45° a 50°	-10° a -15°	0,5cm acima da borda da mandíbula, na intersecção da linha baixada da asa do nariz
Incisivos	Idem	Idem	Idem	Idem 0°	-15° a -20°	Sulco mentolabial

239



ESCLARECENDO!

Projeção	Maxila	Mandíbula
Incisivos	+40°	-15°
Canino	+45°	-20°
Pré-molares	+30°	-10°
Molares	+20°	-5°

240

RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS



DESPENCA NA
PROVA!

Na **prática**, o **objetivo do clínico** é direcionar o **feixe de raios X central perpendicular ao plano bissetor** formado entre o longo eixo do filme com o longo eixo do dente.



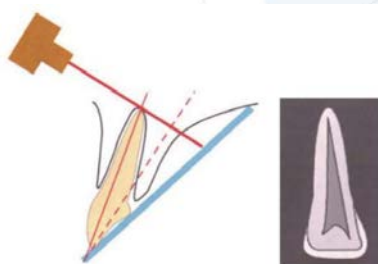
O aumento da angulação vertical resulta em imagem encurtada.

X

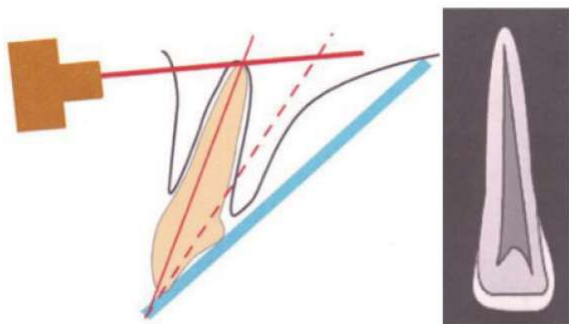
A diminuição da angulação vertical resulta em imagem alongada.

241

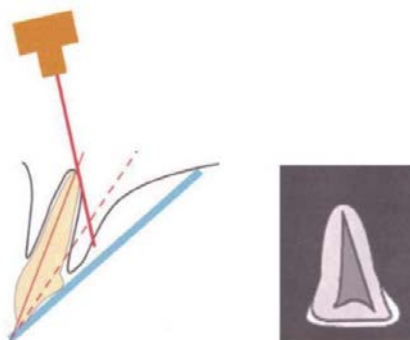
Perpendicular à bissetriz



Perpendicular ao dente



Perpendicular ao filme



Imagens retiradas de: FENYO-PEREIRA, Marlene. **Radiologia odontológica e Imagiologia**. 2. ed. São Paulo: Santos Editora, 2013.

242

RADIOGRAFIAS INTERPROXIMAIS

Tem como **indicação principal** o **exame das faces interproximais** dos dentes posteriores e **da crista alveolar**, com a finalidade de detectar cáries, adaptação marginal das restaurações e **presença de lesões periodontais**.

O exame radiográfico interproximal pode ser dividido em **4 (quatro) tomadas radiográficas**:

- (duas) para as regiões dos dentes molares (superiores e inferiores, à direita e à esquerda), e
- (duas) para os dentes pré-molares (superiores e inferiores, à direita e à esquerda).

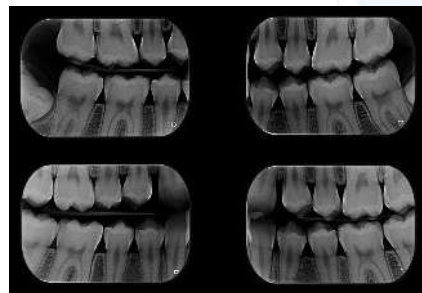


Imagem retirada de: FREITAS, Aguinaldo de; ROSA, José Edu; SOUZA, Icléo Faria e. **Radiologia Odontológica**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. 833 p

ERROS RADIOGRÁFICOS



ESCLARECENDO!

➤ Erros de processamento

Radiografias claras

Sub-revelação – temperatura muito baixa, tempo muito curto, termômetro impreciso

Solução do revelador saturada

Revelador diluído ou contaminado

Fixação excessiva

Radiografias escuras

Revelação em excesso – temperatura muito alta, tempo muito longo

Concentração do revelador muito alta

Tempo inadequado no fixador

Exposição acidental à luz

Iluminação de segurança inadequada

Armazenamento de filmes sem proteção, em temperaturas muito altas ou com data de vencimento expirada

RADIOGRAFIAS OCLUSAIS



ESTA CAI NA
PROVA!

➤ Indicações

Exame de pacientes
edêntulos;

Localização de raízes
residuais, dentes
supranumerários, dentes
inclusos;

Pesquisa de sialólitos nos
condutos das glândulas
submandibulares
(Wharton);

Obtenção de
informações em casos de
fratura de maxila ou
mandíbula;

Mensurações
ortodônticas e controle
do tamanho dos
maxilares;

Estudo de fendas
palatinas e de grandes
áreas patológicas ou
anômalas.

245



ESTA CAI NA
PROVA!

MÉTODOS DE LOCALIZAÇÃO RADIOGRÁFICA

CLARK

Nessa técnica, produzem-se duas radiografias periapicais intraorais convencionais, a projeção ortorradial e a projeção excêntrica.

Se a imagem alvo estiver deslocada no mesmo sentido do deslocamento do feixe, então, ela está localizada por palatino/lingual. Se o deslocamento ocorrer no sentido contrário do deslocamento do feixe, então, a imagem-alvo estará mais para o lado vestibular.

JOHNSON

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

246



ESTA CAI NA
PROVA!

LE MASTER

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

PARMA

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

247



ESTA CAI NA
PROVA!

DONOVAN

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

MATTALDI

Este método está indicado para a avaliação da tuberosidade da maxila

MILLER-WINTER

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

248

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- Em sua forma mais simples, a **TC** consiste em um tubo de raios-X que **emite um feixe colimado em forma de leque**, que é direcionado através de um paciente a uma série de detectores de cintilação ou câmaras de ionização
- Útil para diagnosticar e determinar uma grande variedade de infecções, **osteomielite, cistos, tumores benignos e malignos e trauma na região maxilofacial**;
- Utilização de dados na forma **tridimensional**.

249

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE-BEAM



Feixe de **radiação em formato de cone**, suficiente para **abranger todas as estruturas do complexo maxilofacial**.

250

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE-BEAM

- A TCFC é um **sistema contemporâneo, tridimensional**, de diagnóstico por imagem projetado **especificamente para uso no esqueleto maxilofacial**.



A TCFC resulta em **maior radiação que RX convencional**, porém menor do que uma tomografia convencional.

251

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE-BEAM

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

PRINCIPAIS DIFERENÇAS ENTRE OS SISTEMAS TC MULTISLICE E TC CONE-BEAM

Uso geral	Uso específico para odontologia
Alta dose de radiação	Baixa dose de radiação
Visibilidade dos tecidos moles	Técnica específica para tecidos duros dentoalveolares
Posicionamento deitado	Posicionamento sentado
Qualquer área do corpo	Diferentes FOV's

252

Outros exames de imagem

Ressonância magnética

Ultrassonografia

Medicina nuclear (cintilografia)



**INDO MAIS
FUNDO!**

253



CIRURGIA

Prof^a. Larissa Oliveira

254

Etapas da Cicatrização

Três fases distintas



DESPENCA NA
PROVA!

Inflamatória



Fibroblástica



Remodelação

255

Etapas da Cicatrização

Etapa Inflamatória

- ✓ Inicia-se no momento da lesão tecidual e, na ausência de fatores que prolonguem a inflamação, dura de 3 a 5 dias.

Fase vascular

Vasoconstrição inicial que promove coagulação.

Glóbulos brancos liberam histamina e PG E1 e E2, que causam vasodilatação.

Vazamento de plasma e leucócitos.

Fase celular

Marginação e diapedese de neutrófilos.

Degranulação de neutrófilos.

Monócitos e macrófagos auxiliam com a fagocitose de materiais estranhos e necróticos.

256

Etapas da Cicatrização

Etapa Inflamatória



ATENÇÃO
DECORE!

A fase inflamatória é, por vezes, denominada de **fase de intervalo**, pois este é o período durante o qual **não ocorre ganho significativo na força da ferida** (porque pouca deposição de colágeno está ocorrendo). O principal material que mantém a ferida unida durante a fase inflamatória é de **fibrina**, que possui **pouca resistência à tração**.

257

Etapa Fibroblástica

Os fibroblastos transformam células mesenquimais pluripotentes locais e circulantes que começam a produção de colágeno no terceiro ou no quarto dia após a lesão do tecido.

- ✓ Ocorre a produção de **colágeno do tipo III** pelos fibroblastos e a **formação de novos vasos**.
- ✓ Esta fase é **caracterizada pela formação de tecido de granulação**.
- ✓ Reduz-se a **importância da sutura na manutenção da aproximação dos bordos da ferida pela formação de novo epitélio**.
- ✓ Esta fase ocorre de forma **mais rápida em lesões na mucosa oral** quando comparada às de pele.

258

Etapa de Remodelação

Essa fase é **contínua indefinidamente**.

- ✓ **Substituição de fibras de colágeno** (tipo III para tipo I);
- ✓ A **resistência da ferida aumenta lentamente**, mas não com a mesma magnitude observada durante a fase de fibroplasia. A resistência da ferida **não atinge mais do que 80% a 85% da resistência do tecido não lesionado**;
- ✓ **Redução da vascularização e eritema**;
- ✓ A ferida sofre **contração**.

259

Indicações para extração dentária

A **cárie** é provavelmente a **causa mais comum de extração**.

Custo do
tratamento

Doença
periodontal

Indicações
ortodônticas

Dentes mal
posicionados

Dentes fraturados

Dentes inclusos

Dentes
supranumerários

Dentes associados
a lesões
patológicas

Radioterapia

Dentes envolvidos
em fraturas



260

Contraindicações para extração dentária

➤ Contraindicações locais

Sítios previamente irradiados

Dentes em áreas de tumor maligno

Pericoronarite grave

Abscesso dentoalveolar agudo



ESTA CAI NA
PROVA!

261

Princípios do Uso dos Elevadores e Fórceps

➤ Movimentos para luxação dos dentes

- ✓ Pressão apical – expande o alvéolo e desloca o centro de rotação apicalmente;
- ✓ Pressão vestibular – expande a lâmina vestibular;
- ✓ Pressão lingual;
- ✓ Pressão rotacional;
- ✓ Força de tração.

262

Princípios da Exodontia Complexa

Como um retalho deve ser feito?

- Deve ser **mucoperiosteal de espessura total**;
- Deve ser realizado sempre sobre osso sadio;
- A incisão deve ser pelo menos de **6 a 8mm distante de defeitos ósseos**;
- O retalho ele deve possuir **lados** que concorram **paralelos** entre si;
- A **base** sempre deve ser **mais ampla** que a margem livre;
- O **comprimento** do retalho **não deve exceder o dobro da largura da base**.



DESPENCA NA PROVA!

263

Técnica aberta para dentes unirradiculares

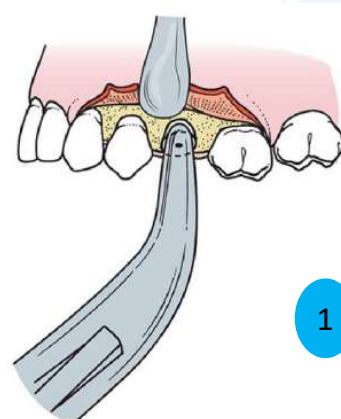
O primeiro passo é **prover adequada visualização e acesso** pelo rebatimento de um retalho mucoperiosteal suficientemente grande.

Melhor adaptação do fórceps

Remover osso vestibular junto com a raiz

Utilização de alavanca

Remoção cirúrgica de osso



264

Técnica aberta para dentes unirradiculares

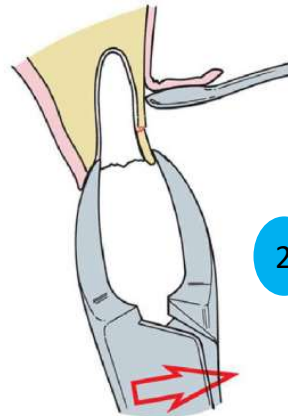
O primeiro passo é **prover adequada visualização e acesso** pelo rebatimento de um retalho mucoperiosteal suficientemente grande.

Melhor adaptação do fórceps

Remover osso vestibular junto com a raiz

Utilização de alavanca

Remoção cirúrgica de osso



265

Técnica aberta para dentes unirradiculares

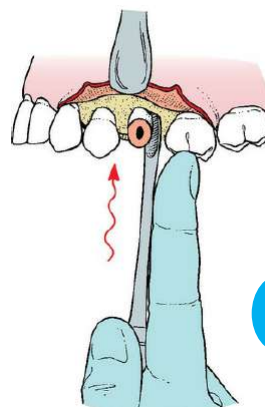
O primeiro passo é **prover adequada visualização e acesso** pelo rebatimento de um retalho mucoperiosteal suficientemente grande.

Melhor adaptação do fórceps

Remover osso vestibular junto com a raiz

Utilização de alavanca

Remoção cirúrgica de osso



266

Técnica aberta para dentes unirradiculares

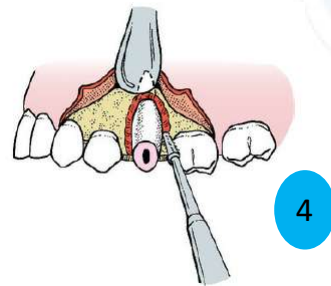
O primeiro passo é **prover adequada visualização e acesso** pelo rebatimento de um retalho mucoperiosteal suficientemente grande.

Melhor adaptação do fórceps

Remover osso vestibular junto com a raiz

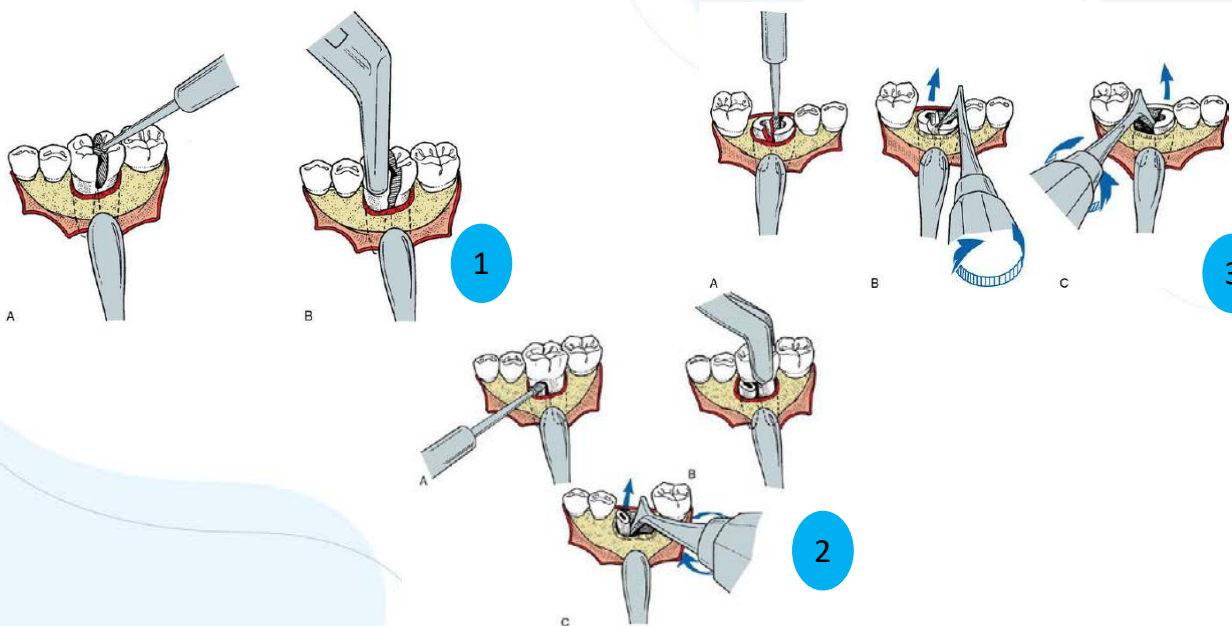
Utilização de alavanca

Remoção cirúrgica de osso



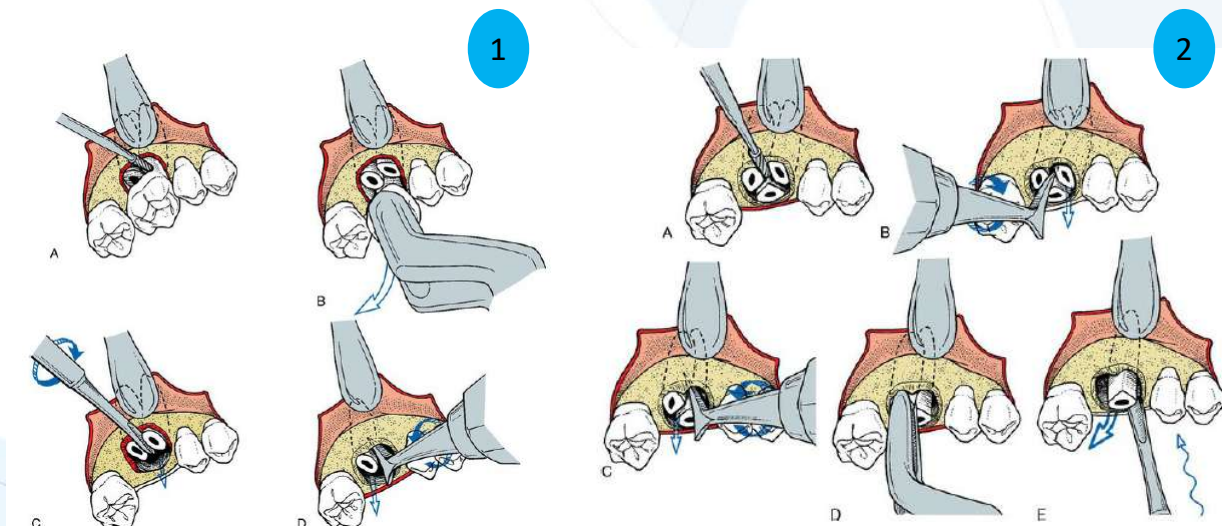
267

Técnica aberta para dentes multirradiculares



268

Técnica aberta para dentes multirradiculares



269

Permanência de Fragmento de Raiz

Fragmento não maior do que 4 a 5 mm

Raiz profundamente inserida em osso

Não deve haver infecção no dente envolvido



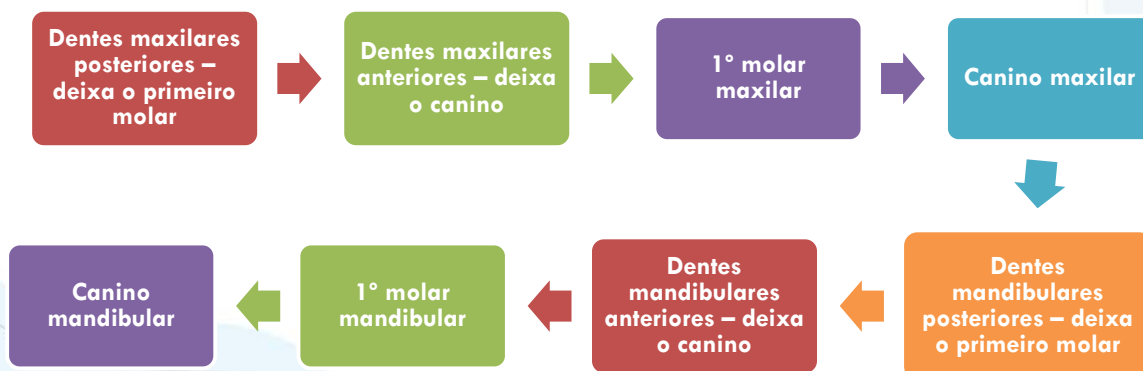
DESPENCA NA PROVA!

270

Extrações Múltiplas - Sequência

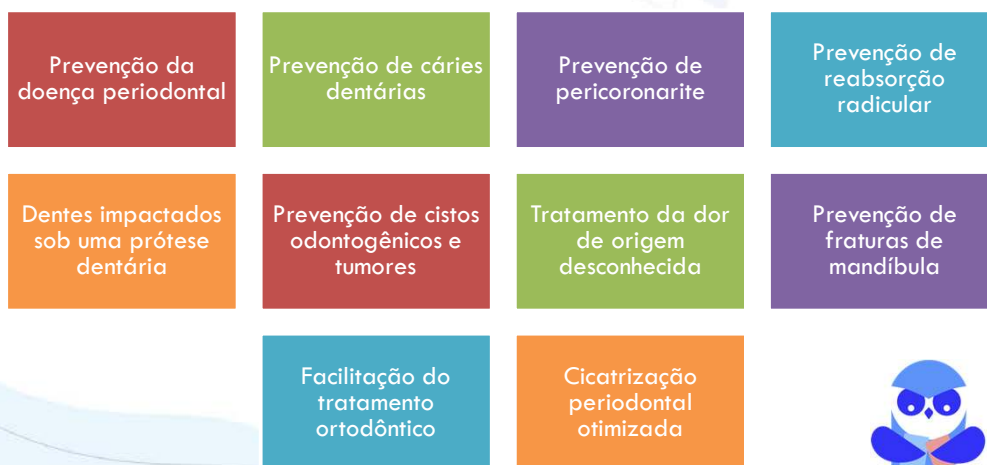


DESPENCA NA PROVA!



271

Indicações para Remoção do 3º Molar Impactado



ATENÇÃO DECORE!

272

Pericoronarite

- ✓ Pericoronarite é uma **infecção do tecido mole ao redor da coroa de um dente parcialmente impactado** e é normalmente causada pela flora oral normal.
- ✓ Pericoronarite também pode surgir **após um pequeno trauma do terceiro molar maxilar**.
- ✓ Outra causa comum para pericoronarite é o **aprisionamento de comida embaixo do opérculo**.
- ✓ Pacientes com **pericoronarite branda** com pequeno edema gengival e dor leve **não necessitam de antibióticos** para resolução dessa infecção.
- ✓ Pacientes que tem **pericoronarite severa** ao redor do terceiro molar mandibular **não devem ter este dente extraído até que a pericoronarite tenha sido tratada**.
- ✓ Se a pericoronarite é média e o dente pode ser removido facilmente, então extração imediata pode ser feita.

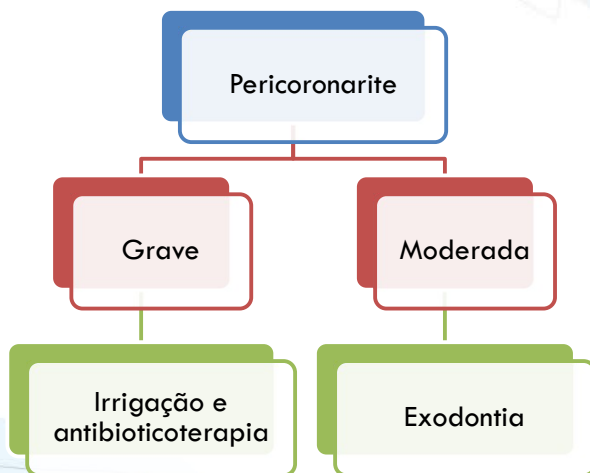
273

Pericoronarite

- ✓ Cerca de **25 a 30%** dos terceiros molares inferiores impactados são extraídos por causa de pericoronarite ou recorrência do caso.
- ✓ A pericoronarite **é a causa mais comum para a remoção de terceiro molar** impactado após os **20 anos**.
- ✓ Estreptococos e uma grande variedade de bactérias anaeróbias (as bactérias que normalmente habitam o sulco gengival) causam pericoronarite que pode ser tratada inicialmente com debridamento mecânico da grande bolsa periodontal que existe sob o opérculo usando **peróxido de hidrogênio como solução irrigadora**.
- ✓ As bactérias mais comumente associadas à pericoronarite são **Peptostreptococcus, Fusobacterium e Porphyromonas**.
- ✓ O antibiótico de escolha é a **penicilina** ou, em caso de alergia a penicilina, **clindamicina**.

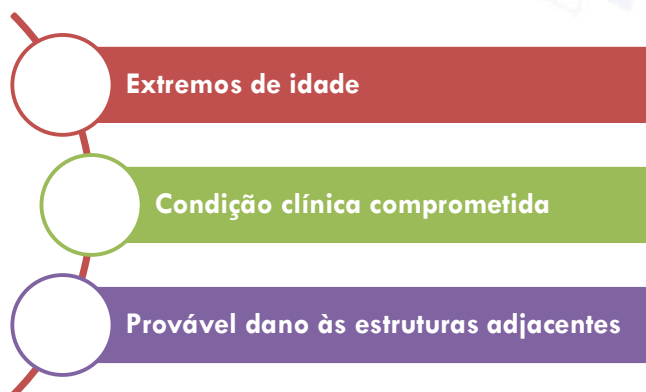
274

Pericoronarite



275

Contraindicações para Remoção do 3º Molar Impactado



276

Dentes Impactados

Incidência e Etiologia



277

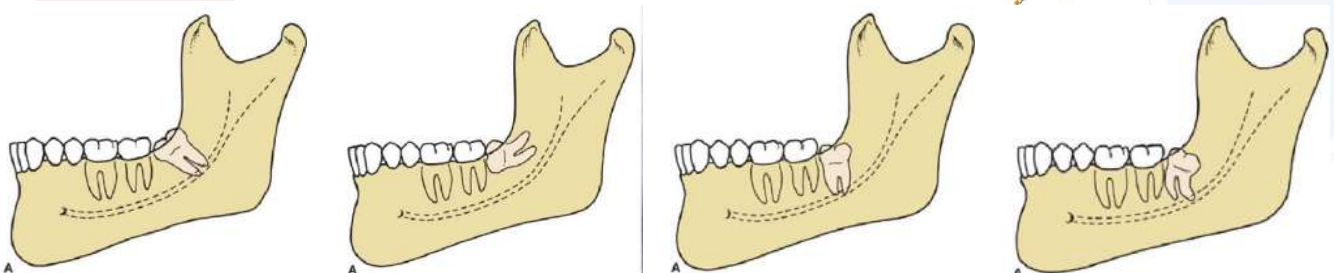
Dificuldades Cirúrgicas Determinantes

Classificação de Impactação de 3º molares

Angulação



DESPENCA NA PROVA!



- Mesioangular
- 43%
- Mais fácil de ser removida

- Horizontal
- 3%
- Segunda mais fácil

- Vertical
- 38%
- Segunda mais difícil

- Distoangular
- 6%
- Mais difícil de ser removida

Imagens retiradas de: HUPP, James R.; III, Edward Ellis; TUCKER, Myron R.. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 704 p.

278

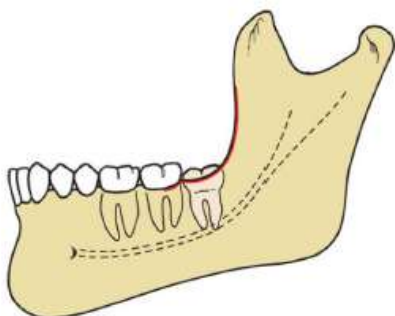
Classificação de Impactação de 3° molares

Classificação de Pell & Gregory

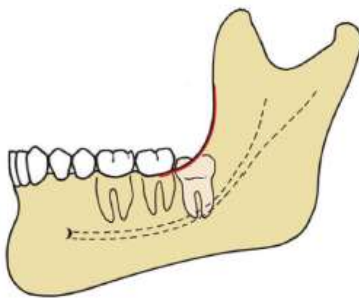
✓ Borda anterior do ramo



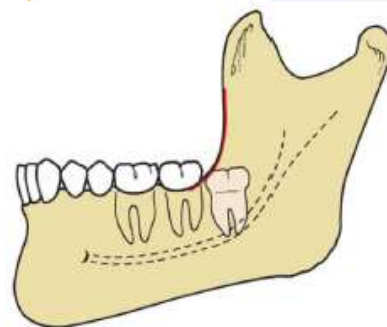
DESPENCA NA PROVA!



Classe I



Classe II



Classe III

Imagens retiradas de: HUPP, James R.; III, Edward Ellis; TUCKER, Myron R.. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 704 p.

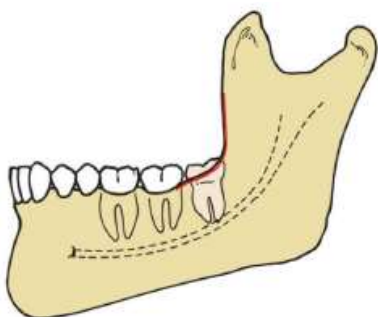
Classificação de Impactação de 3° molares

Classificação de Pell & Gregory

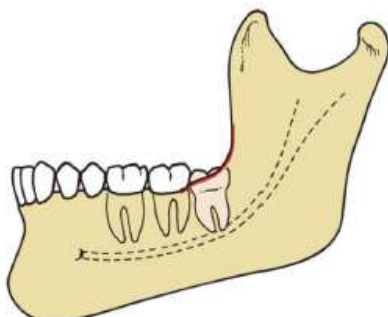
✓ Profundidade de impacção



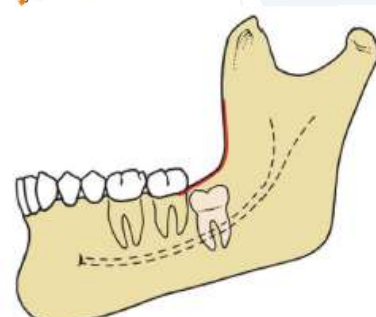
DESPENCA NA PROVA!



Classe A



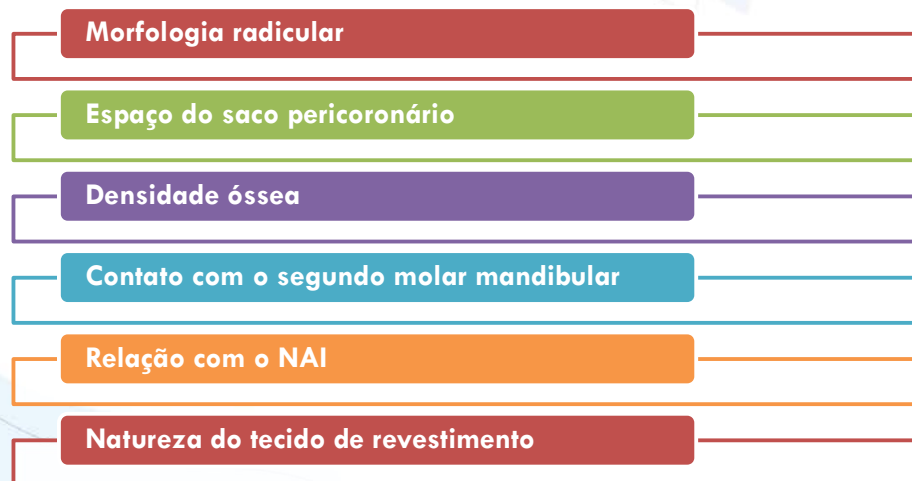
Classe B



Classe C

Imagens retiradas de: HUPP, James R.; III, Edward Ellis; TUCKER, Myron R.. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 704 p.

Fatores que Influenciam no Grau de Dificuldade



281

Alvéolo Seco



DESPENCA NA
PROVA!

- ✓ É um atraso na cicatrização, mas **não é associado a uma infecção.**
- ✓ Causa **dor moderada a intensa** mas sem que tenha sinais ou sintomas característicos de infecção, como febre, edema e eritema.
- ✓ A **dor se desenvolve no terceiro ou quarto dia após a remoção do dente.**
- ✓ Quase todos os alvéolos secos ocorrem **depois da remoção dos molares alveolares inferiores.**
- ✓ Sob exame, o **alvéolo dentário aparenta estar vazio, com perda parcial ou total do coágulo sanguíneo**, e algumas superfícies do alvéolo estão expostas.
- ✓ A **exposição óssea é sensível e é a fonte da dor.**
- ✓ A dor é **indefinida, de moderada a intensa, normalmente lateja** e quase sempre irradia para o ouvido do paciente.
- ✓ A área alveolar tem **odor ruim**, e o paciente frequentemente reclama de um **gosto desagradável.**

282



Quadro 10.1 Protocolo de tratamento da alveolite

1. Anestesia local por meio de bloqueio regional, evitando-se infiltrar a solução anestésica ao redor do alvéolo dentário. A solução de bupivacaína 0,5% com epinefrina 1:200.000 é uma opção interessante para essa finalidade, por promover maior duração da anestesia dos tecidos moles (7 h, em média) e maior período sem dor após a intervenção clínica.
2. Irrigar o alvéolo abundantemente com solução fisiológica estéril.
3. Com uma cureta de Lucas, inspecionar cuidadosamente o alvéolo, removendo corpos estranhos que porventura não extravasaram após a irrigação.
4. Fazer nova irrigação com solução fisiológica e, em seguida, com uma solução de digluconato de clorexidina 0,12%.
5. Não usar sutura de qualquer tipo.
6. Orientar o paciente quanto aos cuidados pós-operatórios:
 - Alimentação fria, líquida ou pastosa, hiperproteica.
 - Evitar bochechos nas primeiras 24 h.
 - Lavar a boca cuidadosamente (sem bochechar) com uma solução de digluconato de clorexidina 0,12%, a cada 12 h, para evitar o acúmulo de placa dentária.
 - Evitar esforço físico e exposição prolongada ao sol, pelo período de 3 dias.
7. Prescrever dipirona (500 mg a 1 g) a cada 4 h, pelo período de 24 h.
8. Agendar consulta para reavaliação do quadro clínico, após 48 h, ou antes, caso a dor não tenha sido aliviada.
9. Acompanhar a evolução do quadro até a alta do paciente.



Quadro 10.2 Protocolo de tratamento da pericoronarite

Obs.: Por serem mais comuns, as pericoronarites de terceiros molares mandibulares parcialmente erupcionados foram tomadas como modelo.

1. Anestesia local, pela técnica de bloqueio regional dos nervos alveolar inferior e lingual, seguida de infiltração no fundo de saco gengival (fórnix), para anestesia do nervo bucal. Considerar o uso de uma solução anestésica à base de bupivacaína 0,5% com epinefrina 1:200.000, que proporciona um maior período sem dor após a intervenção clínica. Nada impede, entretanto, o emprego de outra base anestésica, associada à epinefrina.
2. Remover os depósitos grosseiros de cálculo e placa dentária, por meio de cuidadosa instrumentação das áreas envolvidas, supra e subgengival, limitando-a de acordo com a tolerância do paciente, já que muitas vezes não se consegue uma anestesia adequada da área inflamada em toda a sua extensão.
3. Irrigar abundantemente o local com solução fisiológica estéril e, em seguida, com uma solução de digluconato de clorexidina 0,12%.
4. Orientar o paciente com relação aos cuidados de higiene bucal, enfatizando a importância do controle de placa para que a doença não apresente recidiva e possa evoluir para a cura. Para isso, prescrever bochechos com 15 mL de uma solução de digluconato de clorexidina 0,12%, não diluída, a cada 12 h, por uma semana.
5. Para o alívio da dor, prescrever dipirona (500 mg a 1 g) com intervalos de 4 h, pelo período de 24 h. Se a dor persistir, prescrever um AINE (p. ex., nimesulida 100 mg ou cetorolaco 10 mg por via sublingual, a cada 12 h).
6. Agendar consulta para reavaliação do quadro clínico, após um período de 24-48 h.
7. Acompanhar a evolução do quadro, até a alta do paciente.
8. Na persistência ou agravamento dos sintomas, instituir o tratamento complementar com anti-bióticos.

Regime preonizado para adultos

Amoxicilina 500 mg a cada 8 h
+
Metronidazol 250 mg a cada 8 h

Alérgicos às penicilinas ou com intolerância ao metronidazol

Clarithromicina 500 mg a cada 12 h
ou
Clindamicina 300 mg a cada 8 h

Cuidados com o Alvéolo Pós-extração

- ✓ O alvéolo deve ser **debridado apenas se necessário**.
- ✓ As corticais ósseas bucolinguais e linguais expandidas devem ser **comprimidas de volta à configuração original**.
- ✓ Remoção de tecido de granulação.
- ✓ Remoção de projeções ósseas afiadas.
- ✓ **Controle inicial da hemorragia** com gaze úmida.



285

Professora Larissa Oliveira



@prof.larissaoliveira_
@estratégia.saude

Cargo atual:

- Professora dos Cursos de Odontologia do Estratégia Saúde

Formação:

- Cirurgiã-dentista pela Universidade Federal da Bahia
- Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial pela universidade Federal da Bahia

Aprovações:

- ESFCEEx 2023 – (1º lugar geral para cirurgião-dentista – Especialidade Cirurgia Bucomaxilofacial)



286



OBRIGADA!

**“NUNCA DESISTA DAQUILO QUE
VOCÊ NÃO FICA UM DIA SEM
PENSAR”.**

Autor desconhecido

Prof^a. Larissa Oliveira

287



CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS: CIRURGIÃO DENTISTA

Prof^a. Raquel Cardoso

288



PRÓTESE DENTÁRIA – APOSTAS FINAIS!

Prof^a. Raquel Cardoso

289



PRINCÍPIOS DOS PREPAROS COM FINALIDADE PROTÉTICA

Prof^a. Raquel Cardoso

290



291



292

(FGV/TCE PA/2024) Segundo Pegoraro, o preparo de dentes com finalidade protética deve

- (A) ser levado o mais subgingival possível para obter estética.
- (B) respeitar princípios mecânicos, biológicos e estéticos.
- (C) seguir uma forma padrão, independente do material restaurador a ser utilizado.
- (D) manter o máximo de áreas retentivas possível.
- (E) ser precedido pelo tratamento endodôntico.

293

(FGV/ALEMA/2023) Segundo Pegoraro, na realização de preparos dentários, alguns princípios mecânicos são requisitos para que a prótese parcial fixa não sofra movimentação axial ou oblíqua. Assinale a opção que apresenta esses requisitos.

- a) Retenção, estabilidade, translucidez e espessura.
- b) Retenção, integridade marginal, rigidez estrutural e espessura.
- c) Estabilidade, integridade marginal, translucidez e contorno.
- d) Espessura, translucidez, contorno e resistência.
- e) Retenção, estabilidade, rigidez estrutural e integridade marginal.

294

(FGV/SEMSA/2022) Com relação à proporção altura/largura de um preparo dentário para coroa total, assinale a afirmativa correta.

- a) Quanto maior a altura das paredes, maior a área de resistência do preparo para impedir o deslocamento da prótese quando submetida a forças de tração.
- b) Quanto maior a altura do preparo, menor deve ser a sua conicidade.
- c) Quanto maior a altura das paredes, maior a área de resistência do preparo para impedir o deslocamento da prótese quando submetida a forças laterais.
- d) Em preparos dentários realizados em coroas curtas, a confecção de canaletas/sulcos diminui a área de resistência ao deslocamento.
- e) Quanto menor a altura do preparo, maior deve ser a sua conicidade.

295

(FGV/TCE TO/2022) Ao realizar um preparo dentário para coroa total, a proporção entre altura e largura do preparo deve ser observada, uma vez que:

- a) quanto mais anterior for o dente, menos retenção terá o preparo;
- b) quanto mais posterior for o dente, maior a necessidade de retenção intrarradicular;
- c) quanto maior a altura do preparo, menor relevância tem sua conicidade;
- d) quanto maior a altura das paredes, menor a área de resistência do preparo para impedir o deslocamento da prótese quando submetida à tração;
- e) quanto maior a altura das paredes, maior a área de resistência do preparo para impedir o deslocamento da prótese quando submetida às forças laterais.

296



CLASSIFICAÇÃO DE KENNEDY

Profª. Raquel Cardoso

297



DESPENCA NA
PROVA!

 **Estratégia**
Saúde

Classificação de Kennedy

- ✓ **1925:** Kennedy propôs uma classificação baseada na **posição dos espaços edentados em relação aos dentes remanescentes no arco, segundo um critério topográfico.**

Classe I - edentado posterior bilateral

Classe II - edentado posterior unilateral

Classe III - edentado posterior intercalar

Classe IV - edentado anterior intercalar com envolvimento da linha
média

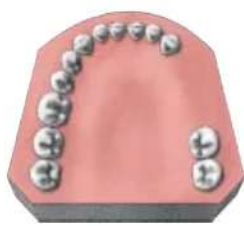
298



Classe I - edentado posterior bilateral



Classe II - edentado posterior unilateral



Classe III - edentado intercalar



Classe IV - edentado anterior intercalar

Imagens: Frank Kaiser - PPR no laboratório (2018)

299

Modificações da Classificação de Kennedy

- ✓ Outros espaços protéticos que ocorrerão, além dos principais, determinarão as **modificações** dentro da mesma classe.
- ✓ A identificação da classe deverá ser feita por algarismos romanos (classe I, classe IV), enquanto as modificações serão representadas por algarismos arábicos (modificação 1, modificação 2).
- ✓ Todas as classificações permitirão modificações, **com exceção da CLASSE IV. A classe IV não admite modificações**, pois se existisse mais de um espaço protético, cairia dentro das outras três classificações.

300

Modificações da Classificação de Kennedy



Classe I e suas modificações



Classe II e suas modificações

Imagens: Frank Kaiser - PPR no laboratório (2018)

301

Modificações da Classificação de Kennedy



Classe III e suas modificações

Imagens: Frank Kaiser - PPR no laboratório (2018)

302



TOME
NOTA!



Imagens: Frank Kaiser - PPR no laboratório (2018)

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

303

(FGV/ALEMA/2023) Relacione as classes da classificação de Kennedy para arcos parcialmente edentados com suas respectivas definições.

1. Classe I

2. Classe II

3. Classe III

4. Classe IV

() Edentado anterior, com espaço edentado cruzando a linha média.

() Edentado posterior unilateral.

() Edentado posterior bilateral.

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

304

Assinale a opção que mostra a relação correta, na ordem apresentada:

- a) 1 – 2 – 3 – 4.
- b) 1 – 3 – 4 – 2.
- c) 4 – 1 – 3 – 2.
- d) 4 – 2 – 1 – 3.
- e) 3 – 2 – 1 – 4.

305

(FGV/SEMSA/2022) Segundo a classificação de Kennedy para os arcos parcialmente edentados, o paciente com ausência dos elementos 14 e 15 é classificado como:

- a) classe I, modificação 2.
- b) classe I, modificação 1.
- c) classe II.
- d) classe III.
- e) classe IV.

306

(FGV/SEMSA/2022) Podemos afirmar que o paciente parcialmente dentado, classe IV de Kennedy, caracteriza-se pela ausência dos seguintes elementos:

- a) 24, 25, 26 e 27.
- b) 12, 22, 11 e 21.
- c) 14, 15, 24 e 25.
- d) 16, 17, 18, 26, 27 e 28.
- e) 13, 23 e 26.

307

(FGV/PM SP/2022) De acordo com a classificação de Kennedy para arcos parcialmente edentados, o paciente que tem ausência dos elementos 15 e 16 é classificado como:

- (A) Classe I
- (B) Classe II
- (C) Classe III
- (D) Classe IV
- (E) Classe V

308



ARTICULADORES SEMIAJUSTÁVEIS (ASA)

Profª. Raquel Cardoso

309

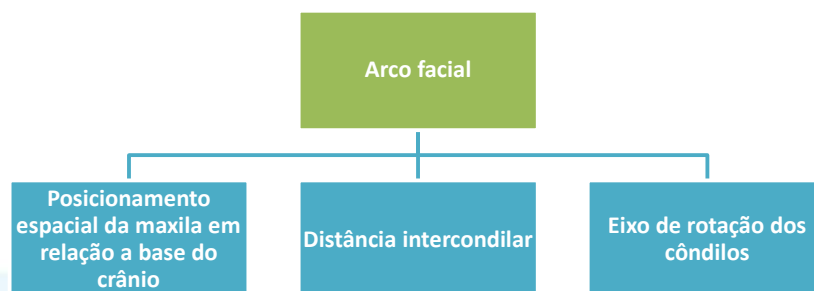


ANOTE ISSO:

O **objetivo principal** da montagem em articulador semiajustável é **a reprodução o mais fiel possível das posições estáticas e dinâmicas da mandíbula em relação à maxila.**

310

O arco facial é o **dispositivo que permite a montagem do modelo superior no ASA na mesma posição espacial que a maxila apresenta em relação ao crânio**. Permite, ainda, transferir para o articulador: **a distância intercondilar** do paciente e **o eixo de rotação dos côndilos**.



311



Na montagem dos modelos em articulador, os valores médios recomendados para o **ângulo da guia condilar (anteroposterior) são de 30°** e para o **ângulo de Bennet (lateralidade) são de 15°**.

312

(FGV/SEMSA/2022) Para a montagem dos modelos superior e inferior no articulador semi-ajustável, recomendam-se valores médios de ângulo da guia condilar e ângulo de Bennett, respectivamente, de

- a) 15° e 15°.
- b) 15° e 30°.
- c) 25° e 10°.
- d) 30° e 15°.
- e) 30° e 25°.

313

(FGV/ALEMA/2023) A reabilitação de pacientes edentados totais utilizando próteses removíveis demanda planejamento e execução minuciosos. Com relação ao tema, analise as afirmativas a seguir.

I. O articulador semiajustável normalmente tem os ângulos de lateralidade e de protração ajustados em 15 e 30 graus, respectivamente.

II. É consenso que o uso do arco facial é indispensável na reabilitação da arcada superior com prótese total.

III. Ao usar o arco facial, o mesmo deve coincidir com o plano de Camper.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, apenas.
- (B) II, apenas.
- (C) III, apenas.
- (D) I e III, apenas.
- (E) II e III, apenas.

314

(FGV/SEMSA/2022) O dispositivo responsável por fornecer o posicionamento da maxila em relação à base do crânio é o

- a) arco facial.
- b) articulador semiajustável.
- c) delineador.
- d) verticulador.
- e) násion.

315



OBRIGADA!

Profª. Raquel Cardoso

316

Estratégia Saúde



@estrategia.saude



estr.at/e5Qs



t.me/congressoconcursossaude

317



Estratégia

Saúde

318