



CÓD: OP-090JN-24
7908403548040

LORENA-SP

PREFEITURA MUNICIPAL DE LORENA - SÃO PAULO

Auxiliar de Saúde Bucal

CONCURSO PÚBLICO 01/2023

Língua Portuguesa

1. Leitura e interpretação de diversos tipos de textos (literários e não literários)	5
2. Sinônimos e antônimos	5
3. Sentido próprio e figurado das palavras	5
4. Pontuação	6
5. Classes de palavras: substantivo, adjetivo, numeral, pronome, verbo, advérbio, preposição e conjunção: emprego e sentido que imprimem às relações que estabelecem	10
6. Concordância verbal e nominal	16
7. Regência verbal e nominal	18
8. Colocação pronominal	19
9. Crase	20
10. Processo de formação das palavras	20
11. Coesão	21
12. Ortografia	22

Matemática e Raciocínio Lógico

1. Operações com números reais	31
2. Mínimo múltiplo comum e máximo divisor comum	33
3. Razão e proporção	34
4. Porcentagem	36
5. Regra de três simples e composta	37
6. Média aritmética simples e ponderada	39
7. Juro simples	40
8. Sistema de equações do 1º grau	42
9. Relação entre grandezas: tabelas e gráficos	45
10. Sistemas de medidas usuais	48
11. Noções de geometria: forma, perímetro, área, volume, ângulo	50
12. teorema de Pitágoras	61
13. Resolução de situações-problema	62
14. Estrutura lógica das relações arbitrárias entre pessoas, lugares, coisas, eventos fictícios; dedução de novas informações das relações fornecidas e avaliação das condições usadas para estabelecer a estrutura daquelas relações. Identificação de regularidades de uma sequência, numérica ou figural, de modo a indicar qual é o elemento de uma dada posição. Estruturas lógicas, lógicas de argumentação, diagramas lógicos, sequências	65

Noções de Informática

1. MS-Windows 7: conceito de pastas, diretórios, arquivos e atalhos, área de trabalho, área de transferência, manipulação de arquivos e pastas, uso dos menus, programas e aplicativos, interação com o conjunto de aplicativos MS-Office 2016	91
2. MS-Word 2016: estrutura básica dos documentos, edição e formatação de textos, cabeçalhos, parágrafos, fontes, colunas, marcadores simbólicos e numéricos, tabelas, impressão, controle de quebras e numeração de páginas, legendas, índices, inserção de objetos, campos predefinidos, caixas de texto	94
3. MS-Excel 2016: estrutura básica das planilhas, conceitos de células, linhas, colunas, pastas e gráficos, elaboração de tabelas e gráficos, uso de fórmulas, cargos e macros, impressão, inserção de objetos, campos predefinidos, controle de quebras e numeração de páginas, obtenção de dados externos, classificação de dados	102

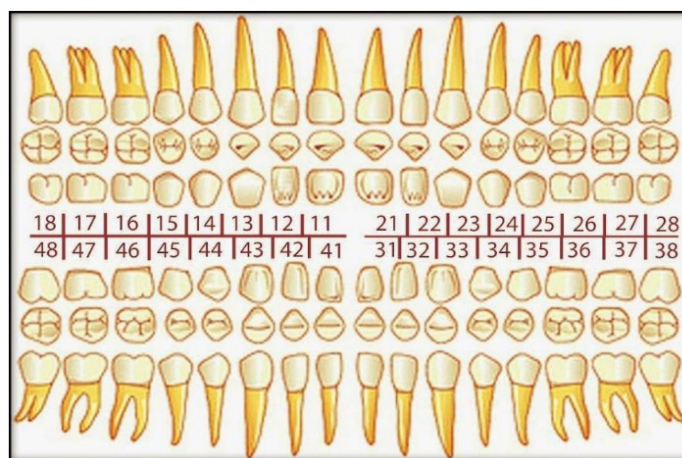
ÍNDICE

4. MS-PowerPoint 2016: estrutura básica das apresentações, conceitos de slides, anotações, régua, guias, cabeçalhos e rodapés, noções de edição e formatação de apresentações, inserção de objetos, numeração de páginas, botões de ação, animação e transição entre slides.....	109
5. Correio Eletrônico: uso de correio eletrônico, preparo e envio de mensagens, anexação de arquivos	114
6. Internet: navegação internet, conceitos de URL, links, sites, busca e impressão de páginas	116

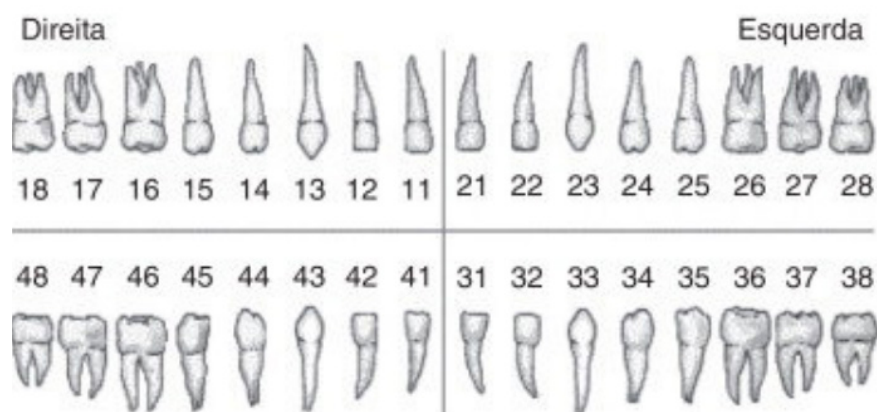
Conhecimentos específicos Auxiliar de Saúde Bucal

1. Esterilização e desinfecção de instrumentos e equipamentos	125
2. Manipulação de materiais	126
3. Odontograma	127
4. Preparo do paciente.....	131
5. Auxílio nas intervenções clínicas e cirúrgicas.....	131
6. Noções de Ortodontia e Prótese	132
7. Terapêutica e farmacologia de interesse na clínica odontológica.....	136
8. Noções de Radiologia e Anestesiologia	139

anatômico: o formato diferente de cada dente é representado a sua maneira real, ou seja, de forma fidedigna com o que encontramos na boca dos pacientes;



dois dígitos: proposto pela Federação Dentária Internacional, o primeiro número designa o quadrante e o segundo a posição do dente.



Fonte: https://www.researchgate.net/figure/Sistema-de-Numeracao-da-Federation-Dentaire-Internationale-FDI-sistema-mais-utilizado_fig2_262379682

Embora ele seja mais comum em fichas de papel, hoje também existem odontogramas digitais, integrados com sistemas de gestão de clínicas e prontuários eletrônicos.

Mais abaixo neste conteúdo falaremos sobre essa versão e suas principais vantagens frente aos modelos tradicionais.

Por que utilizar o odontograma?

O odontograma é uma ferramenta extremamente importante tanto para a prática clínica como para a proteção legal do dentista. Afinal, ela funciona como o documento da qualidade bucal de cada paciente e as ações realizadas pelo profissional.

O odontograma indica:

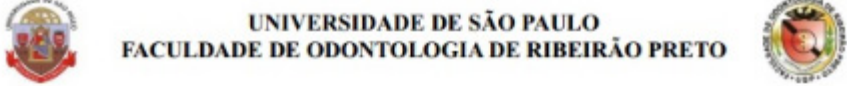
- os dentes que precisam de tratamento;
- os tratamentos possíveis de serem realizados;
- acompanhamento e evolução do quadro do paciente;
- operações e tratamentos anteriores já realizados no paciente;
- entre outros.

Funções

Como dissemos, o odontograma tem várias funções para os dentistas. Como:

- ajuda o profissional a conhecer melhor o trabalho realizado anteriormente no paciente;
- identifica cada paciente;
- facilita a troca de informações entre os profissionais;

Veja o documento abaixo com recomendações da Faculdade de Odontologia da USP.



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO**

Guia para preenchimento de Odontograma

Não necessita de tratamento: pintar de verde. |

Necessidade de tratamento: pintar de vermelho. |

Tratamento realizado: pintar de azul (sobre o vermelho). |

} Delimitar Conforme Rx

Dente Ausente (extraído): pintar de preto. |


Dente Incluso: contornar de preto.

Tratamento Endodôntico


Lesão Periapical


Ilustrações para o preenchimento gráfico da ficha clínica


Diastema: ||


Excesso de Restauração (área de retenção): 


Desgaste Dental:


Sem necessidade de restauração. 


Com necessidade de restauração. 


Lesão de Cárie Ativa: com cavidade. 



sem cavidade. 


Lesão de Cárie Inativa: com cavidade. 


sem cavidade. 


Restauração Satisfatória (não necessita de intervenção): 


Restauração Insatisfatória (necessita de intervenção): 

Extrusão dental:  Restauração Provisória: 


Inclinação dental: 

Envolvimento de furca: Classe I 

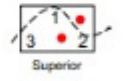
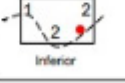
Classe II 

Classe III 


Mobilidade (1, 2 ou 3): marcar número no mapa oclusal do dente


Problema mucogengival (GI < 2mm): 

Quadro numérico:


 Superior	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>-1</td><td>2</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td></tr> </table>	1	1	-1	2	2	2
1	1						
-1	2						
2	2						
 Inferior	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td></tr> </table>	1	2	1	2	1	1
1	2						
1	2						
1	1						

JCE - MS
PS - SS
NCI

Linha da margem gengival: 

PCS (4mm ou +): 

Obs.: cada faixa = 2mm!!!

Sangramento a sondagem: 

PCI (ou NCI): não tem padrão gráfico

Boas Práticas

Além de buscar realizar o preenchimento de forma correta e padronizada, garantindo que os demais profissionais conseguirão entender o documento, ainda existem outras dicas essenciais. Como:

- sempre realizar dois odontogramas: o primeiro na avaliação do paciente e o segundo após o tratamento realizado, indicando todas as alterações;
- se possível, lembre-se de incluir outros detalhes. Por exemplo, no caso de uma restauração, inclua detalhes técnicos como material usado, faces restauradas etc., algo muito importante em casos de comprovação judicial ou acompanhamento por outros profissionais;
- faça anotações claras, precisas e concisas;
- garanta que todas as informações estejam legíveis e sejam compreensíveis por qualquer profissional da área;
- use o campo observação para anotar informações gerais como: presença de próteses fixas ou removíveis, implantes ou pinos para implantes, tratamentos incomuns, presença de aparelho ortodôntico, dentes em posicionamento atípico, lesões em tecido mole e outras;
- sempre preencha a ficha com os fatores de risco;
- após os tratamentos, indique no odontograma o tipo de atendimento e a data, além do procedimento realizado.

Pinça Auxiliar de Sutura: Utilizada para segurar a agulha de sutura e tecidos.



Tesoura: Serve para cortar tecido humano, bem como fio de sutura e outros.



Pinça Dente de Rato e Reta: São instrumentos indicados para fazer a remoção de tecidos fibrosos, assim como para prender tecidos moles a serem suturados.



Pinça de Adson: Sem dente, ela serve para apreender tecidos.



Sugador de Sangue: Acoplado à bomba, serve para retirar líquidos.



Cureta para Alvéolo ou Cureta de Lucas: Utilizadas para fazer a curetagem dos alvéolos, logo após as extrações.

Afastador de Minesota: Utilizado para afastar lábios e bochechas, permitindo o acesso e boa visualização do campo cirúrgico.

Alavancas: Utilizadas para deslocar os dentes da mandíbula ou do maxilar, visando facilitar a extração. Elas podem ser de três tipos: retas, curvas e Seldin.

Fórceps: Utilizado nas extrações dentárias. Segue numeração, nos superiores, incisivos nº 1, caninos e pré-molares nº 150, molares nº18R (lado direito) e nº 18L (lado esquerdo). Nos dentes inferiores, incisivos, caninos e pré-molares nº 151; molares nº16, 17, 23. Há ainda fórceps especiais como o de nº 69 e 65 e os infantis.

Destaca-periósteo: Utilizado para destacar o periósteo que está aderido ao osso, quando é necessária a exposição do mesmo.

Fios para Sutura: Podem ser absorvíveis e não absorvíveis pelo organismo.

Agulhas para Sutura: São instrumentos apropriados para fazer o fechamento de incisões. Podem ser separadas ou aderidas aos fios para sutura (neste caso, são classificados como fios agulhados).

Pinça Goiva: Utilizada para a remoção de osso.

Cinzel: Utilizado para a remoção de osso.

Martelo Cirúrgico: Utilizado em conjunto com o cinzel.

Pinça de Instrumental: É utilizada para a transferência de material.

Lima para osso: Utilizada para remodelar o osso.

NOÇÕES DE ORTODONTIA E PRÓTESE

É a especialidade odontológica que corrige a posição dos dentes e dos ossos maxilares posicionados de forma inadequada.

A ortodontia preventiva age na prevenção do agravamento de problemas de oclusão futuros, evitando, assim, a necessidade de uso de aparelho fixo, extração de dentes permanentes e, até mesmo, de cirurgias ortognáticas, feitas para corrigir o posicionamento do maxilar. Também é feita uma abordagem educativa para correção, orientação e retirada de maus hábitos que podem comprometer o desenvolvimento da arcada dentária, como chupar dedo e chupeta. Problemas de dicção em que a língua da criança empurra os dentes durante a fala, ou problemas respiratórios que forcem a criança a respirar pela boca, comprometendo a formação da angulação correta da arcada, também são diagnosticados. Quando são identificadas disfunções fonoaudiológicas e respiratórias, é importante que o dentista faça o correto encaminhamento do paciente para os profissionais de fonoaudiologia e otorrinolaringologia para uma abordagem multidisciplinar que complemente o tratamento ortodôntico. É importante que a ortodontia preventiva seja feita ainda na infância, durante a fase dos dentes de leite, aproximadamente dos 5 aos 12 anos, para que as intervenções tenham melhor resultado.

A ortodontia interceptativa intervém quando já há um problema de oclusão instalado e que pode comprometer mais severamente a funcionalidade e a estética bucal e facial no futuro. A mordida cruzada é o problema de oclusão mais comum em dentição decídua e mista, demandando frequentemente a intervenção da ortodontia interceptativa. O diagnóstico e tratamento precoce da mordida cruzada são extremamente importantes para uma evolução normal da oclusão, para corrigir o desequilíbrio esquelético e preservar a saúde periodontal.

A ortodontia corretiva ou tradicional é a mais conhecida e é feita quando há necessidade de corrigir problemas de oclusão e alinhamento na dentição permanente ou no fim da fase de troca dos dentes. Com o uso de aparelhos ortodônticos móveis ou fixos, faz-se a movimentação gradativa dos dentes e dos ossos maxilares e mandibulares para corrigir o posicionamento e resolver problemas de apinhamento, má oclusão, diastema, etc., promovendo, assim, uma melhor saúde bucal e estética facial. Com a nova geração de aparelhos ortodônticos transparentes, a ortodontia corretiva se tornou mais atrativa também para os adultos, que são mais resistentes ao sorriso metálico dos aparelhos convencionais.

— **Prótese Total**

É um aparelho removível do tipo mucoso-suportado destinado a substituir TODOS os dentes do arco dental, assim como a parte da gengiva ausente, visando restituir a função, a estética e a fonética dos pacientes edêntulos.

Moldagem em Prótese Total

É o conjunto de atos clínicos que visa obter a impressão da área chapeável por meio de materiais próprios e moldeiras adequadas. Logo, uma moldagem é a reprodução da forma negativa dos tecidos da cavidade bucal que constitui a superfície de assento da prótese.

As moldeiras são os dispositivos utilizados para conter, conduzir e manter em posição o material de moldagem junto aos tecidos a serem moldados até a sua reação final.

O Molde é a impressão em negativo da área de assentamento do aparelho protético, fixada em material próprio, às custas de manobras clínicas corretamente orientadas.

O Modelo é a reprodução positiva da forma e do tamanho dos tecidos bucais, isto é, é a reprodução positiva do molde.

Em prótese total, temos duas moldagens, a inicial e a final.

Moldagem inicial: também chamada de moldagem **anatômica**, que como o próprio nome já diz, visa reproduzir fielmente os acidentes anatômicos da boca. Ela é estática e visa obter a extensão total da área chapeável. Por meio dela, iremos confeccionar a moldeira individual.

Moldagem final: também chamada de moldagem **funcional**, dinâmica ou secundária. Ela permite máxima precisão no trabalho e é realizada com a moldeira individual. A moldagem funcional é uma moldagem mais delicada, onde interessa reproduzir os detalhes anatômicos da área chapeável, comprimindo as zonas de compressão, aliviando as chamadas zonas de alívio, e registrando as inserções musculares terminam na área chapeável. Essa moldagem é muito importante para que a prótese fique estável.

— **Prótese Parcial Removível**

Substitui um ou mais dentes e estruturas associadas e permite a remoção para higiene da própria prótese e dos dentes. E são indicadas para quem tem a ausência de alguns dentes. Baixa resistência à cárie, xerostomia, deficiência de coordenação motora estão entre as contra-indicações. Tem o propósito de restaurar a mastigação, a fonética, a estética, preservar os dentes e tecidos remanescentes, integrar-se ao sistema estomatognático e proporcionar conforto ao paciente.

Elementos constituintes

- Retentores diretos (intra e extracoronários)
- Retentores indiretos
- Conector menor
- Sela
- Conector maior
- Dentes artificiais

– **Retentores diretos:** promovem retenção direta, mantendo a prótese durante as atividades funcionais. Os extracoronários são os **grampos**, posicionados na periferia da coroa protética ou natural. Os intracoronários são posicionados dentro dos limites da coroa protética, proporcionam retenção friccional e são feitos pelos encaixes de precisão (pré-fabricados) ou os de semi-precisão (confeccionados em laboratório).

– **Retentores indiretos:** são os **apoios**, impedem que a prótese de extremidade livre execute movimentos rotacionais e se desloque por uma trajetória diferente da sua inserção. Proporciona a manutenção da retenção direta. Também impedem a intrusão da prótese na fibromucosa.

– **Conector menor:** é um elemento rígido que une o conector maior aos demais componentes da prótese parcial removível.

– **Sela:** acomodam os dentes, repõe tecidos perdidos e distribuem forças ao rebordo. Pode ser metálica, plástica ou metalo-plástica.

– **Conector maior:** une todos os elementos da prótese. Deve ser rígido para distribuir os esforços bilateralmente.

– **Dentes artificiais:** promovem a estética. Podem ser de resina, de porcelana ou de metal.

Classificação de Kennedy

Para uma boa comunicação entre profissionais, lança-se mão de classificações. A classificação de Kennedy é topográfica, ou seja, preocupa-se exclusivamente com a distribuição dos dentes remanescentes e dos espaços protéticos. Distribui os arcos parcialmente desdentados em quatro classes.

- **Classe I:** desdentado posterior bilateral.
- **Classe II:** desdentado posterior unilateral.
- **Classe III:** desdentado intercalar.
- **Classe IV:** desdentado anterior.
- **Crítérios:** o espaço posterior é o que determina a classificação, os demais são considerados em números e são tratados como modificação. A classificação principal é feita com algarismos romanos e as modificações por algarismos arábicos.

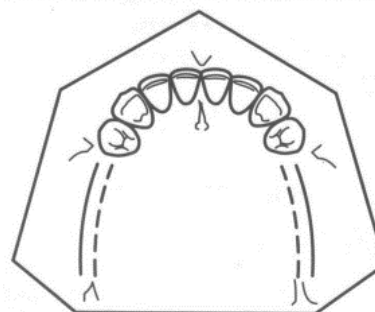


Figura 1- Classe I -Desdentado posterior bilateral

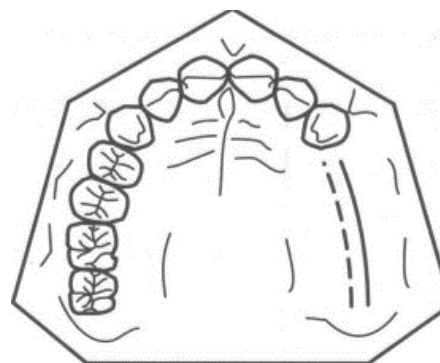


Figura 2- Classe II - Desdentado posterior unilateral

— **Fundamentos de Oclusão**

O termo oclusão é definido como o ato de fechar. Na Odontologia, esse conceito estende-se ao relacionamento funcional entre os dentes e os outros componentes do sistema estomatognático.

Os contatos dentários, quando em harmonia, dão estabilidade oclusal ao arco. Esse conceito é importante, pois, ao fazer uma prótese, isso deve ser levado em consideração.

Determinantes da oclusão

– **ATM (articulação temporomandibular):** faz movimento de rotação e translação.

– **Dentes:** os posteriores constituem os pontos de parada para o fechamento vertical. Orientam a mandíbula para a posição de máxima intercuspidação. Os anteriores ajudam a guiar a mandíbula nos movimentos excursivos (lateralidade direita e esquerda e protrusão).

– **Sistema Neuromuscular:** integrante do sistema estomatognático, são os músculos envolvidos na fisiologia e no funcionamento da mastigação, da fala e nos atos parafuncionais, como por exemplo: bruxismo. Além disso, é responsável pelo limiar de dor e reflexos, devida a cinestesia presente no ligamento periodontal dos dentes.

Fundamentos da oclusão:

– **Abertura/Fechamento:** os côndilos deslizam contra a eminência articular da ATM, descrevendo um movimento para frente e para baixo, orientados pela guia anterior.

– **Lateralidade:** são descritos movimentos de fuga a partir da linha média, determinando lado de trabalho e lado de balanceio e essa trajetória é orientada pela guia canina. Os caninos se tocam no lado de trabalho (lado do movimento) e não há toque no lado de balanceio (lado oposto ao movimento).

– **Protrusão/Retrusão:** movimento orientado pela guia anterior e inclinação da eminência articular. Os côndilos vão para frente e para baixo. Não há contato nos dentes posteriores.

Posição da mandíbula:

– **Relação Central:** relação exclusivamente articular. Posição anterior e superior do côndilo na cavidade glenóide, apoiados sobre a porção central do disco articular, com a musculatura em repouso.

– **Oclusão Central:** relação exclusivamente dentária. Máxima intercuspidação (máximo contato oclusal). Independe da posição do côndilo.

– **Oclusão Ideal:** relação estável dos dentes quando em máxima intercuspidação e em contato funcional durante a atividade muscular.

TERAPÊUTICA E FARMACOLOGIA DE INTERESSE NA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

O uso de medicamentos faz parte da rotina odontológica, sendo de extrema importância que os profissionais se mantenham continuamente atualizados e atentos às peculiaridades de cada paciente, a fim otimizar a utilização/prescrição dos principais medicamentos de uso odontológico, tais como os anestésicos locais, analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos, entre outros.

A farmacologia é a ciência que estuda como os medicamentos ou substâncias interagem com o organismo, sendo capazes de promover alterações funcionais e estruturais. O estudo da farmacologia na Odontologia tem o objetivo de preparar o cirurgião dentista para medicar corretamente o seu paciente no tratamento das patologias bucais.

O estudo da farmacologia pode ser dividido de acordo com a sua ação no organismo em: farmacocinética e farmacodinâmica. A farmacocinética estuda como o organismo se comporta ao interagir com o fármaco. Já a farmacodinâmica visa estudar como o fármaco atua no organismo, ou seja, o local e mecanismo de ação.

— **Farmacocinética**

A farmacocinética estuda quantitativamente os processos de administração, absorção, distribuição, biotransformação e excreção das drogas no organismo.

– **Absorção:** estudo da transferência da droga para o seu local de administração e corrente sanguínea.

– **Via de administração:** estudo das formas de prescrever a droga, como no caso de administração enterais (quando a droga entra em contato com qualquer segmento do trato gastrointestinal) ou parenterais (as que não interagem com o trato gastrointestinal).

– **Distribuição ou formas farmacêuticas:** determinam as formas farmacêuticas nas quais os produtos foram elaborados. Em forma de comprimido, cápsula, líquido, pó, etc.

– **Biotransformação:** estudo de como os fármacos se comportam após a sua absorção, onde são metabolizados e em quais compostos são metabolizados e excretados.

– **Excreção:** após serem absorvidos, distribuídos e transformados, as drogas devem ser excretadas do organismo. Nessa categoria você irá aprender a forma de que determinada droga é excretada. Se é eliminada na urina, fezes, pulmões, bile, fezes, suor, lágrimas, saliva e leite materno, etc.

— **Farmacodinâmica**

A farmacodinâmica é o estudo dos mecanismos de ação e seus efeitos no organismo. Nessa parte da farmacologia na Odontologia o objetivo é estudar os locais de ação e seus mecanismos, receptores, magnitude dos efeitos, efeitos colaterais, entre outros.

– **Ação da droga:** estuda o local e ação da droga no órgão, tecido, células e receptores. Um determinado fármaco pode atuar em diferentes sítios do organismo e, em decorrência, provocar diversos efeitos, desejáveis ou indesejáveis.

– **Dose eficaz:** qual é a dose necessária para fazer efeito? e qual é a dose que pode induzir efeitos indesejados e ou perigosos à saúde? Nesse tópico você aprenderá como calcular a dosagem ideal dos medicamentos.

– **Reações adversas:** são consideradas efeitos que ocorrem simultaneamente com o efeito principal, geralmente limitando a utilização da droga. O estudo de efeitos adversos é essencial na prática clínica.

— **Antibióticos**

São substâncias que exterminam as bactérias ou impedem a sua proliferação. Pode ser bactericida ou bacteriostático. Os bactericidas são antibióticos responsáveis por causar a morte de bactérias, enquanto os bacteriostáticos atuam impedindo a multiplicação delas.

Outras indicações de profilaxia antibiótica são: pacientes que apresentam grandes implicações no controle metabólico, como diabéticos muito descompensados, pacientes que fazem uso de imunossupressores, pacientes renais crônicos e os que apresentem riscos de infecções articulares.

Via de administração	Medicação	Dose única 30 a 60 minutos antes do procedimento	
		Crianças	Adultos
Oral	Amoxicilina	50 mg/kg	2 g
Alergia a penicilina	Clindamicina	20 mg/kg	600 mg
	Azitromicina	15 mg/kg	500 mg
	Claritromicina		
Parenteral (EV ou IM)	Ampicilina	50 mg/kg	2 g
	Cefazolina	50 mg/kg	1 g
	Ceftriaxone		
Parenteral (EV ou IM) Alergia a penicilina	Clindamicina	20 mg/kg	600 mg

Figura 2- Protocolo para administração de antibióticos

Terapia antibiótica

O uso terapêutico de antibióticos (por via sistêmica) é recomendado nos casos que apresentam sinais locais de disseminação do processo infeccioso (**ex: linfadenite, celulite, trismo**) ou sinais e sintomas de ordem sistêmica (**febre, taquicardia, falta de apetite, mal-estar geral, etc**). É importante ressaltar que a simples prescrição do antimicrobiano não significa necessariamente uma correta resolução clínica. Em quadros infecciosos de origem odontológica é imperativo que o profissional faça um correto diagnóstico, avalie e remova (se possível) as causas, acompanhe a evolução clínica (sendo que em alguns casos pode-se fazer necessário a troca dos medicamentos ou até mesmo internação, para a continuidade do tratamento em ambiente hospitalar).

Um recurso terapêutico interessante (quando possível), é iniciar a terapia antimicrobiana com uma dose de ataque (normalmente o dobro da dose usual). Em especial quando envolve procedimentos cruentos em locais infectados (drenagem de abscesso, exodontias, raspagens e alisamento radicular, etc) o ideal é que seja realizada 30 a 45 minutos antes do início dos procedimentos clínicos, para que no momento do procedimento obtenha-se uma alta concentração do antibiótico no sangue e nos tecidos. Antibióticos de uso odontológico que permitem dose de ataque com o dobro da dose usual:

Amoxicilina: iniciar o tratamento com 1g (2 capsulas de 500 mg); Clindamicina: iniciar o tratamento com 600 mg (2 cápsulas de 300 mg).

— Uso de analgésicos e anti-inflamatórios

A terapia medicamentosa será necessária, como parte do protocolo clínico, com o intuito de tratar ou até mesmo prevenir a dor e outras complicações decorrentes do processo inflamatório. É importante ressaltar que a inflamação e a dor em odontologia é, em maior parte, de característica aguda e nociceptiva, o que faz com que não necessite de longos períodos de prescrição (geralmente não mais que 3 dias). A utilização de analgésicos, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e corticosteroides deve ser feita com critério, sempre ponderando entre os riscos e benefícios, de acordo com a expectativa de dor/ inflamação dos procedimentos realizados e avaliando o perfil do paciente.

Aqui vão algumas opções:

Dipirona Sódica 500mg/ml – 20 a 40 gotas ou 1 comprimido a cada 6h

Paracetamol 750mg – 1 comprimido a cada 6h

Ibuprofeno 200mg – 1 comprimido a cada 6h

Ibuprofeno 400-600mg – 1 comprimido a cada 8/6h

Nimesulida 100mg – 1 comprimido a cada 12h

Para casos de dor de maior intensidade:

Corticosteróides: Dexametasona ou Betametasona 4 mg – 1 comp. (ou 2 comp. de 2 mg no caso da betametasona) dose única, 1h pré-operatório (preferencialmente).

Anti inflamatórios não esteroidais (AINEs):

Nimesulida 100mg – 1 comprimido a cada 12h por 3 dias

Ibuprofeno 600mg – 1 comprimido a cada 6h

Diclofenaco sódio 50mg – 1 comprimido a cada 8h por 3 dias

Diclofenaco potássico 50mg – 1 comprimido a cada 8h por dias

Meloxicam 15mg – 1 comprimido por dia, por 3 dias

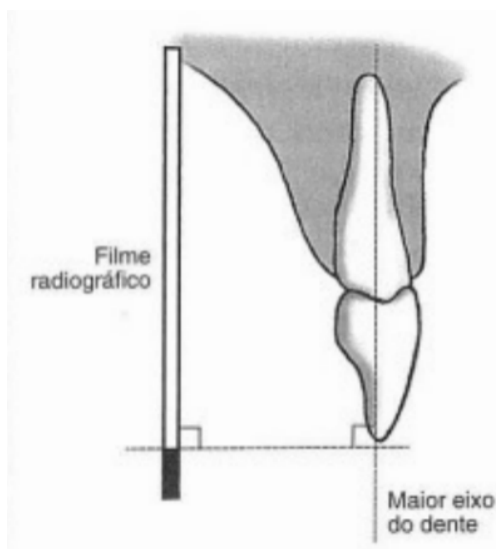


Figura 4 - Técnica do Paralelismo

Radiografia oclusal

Recomenda-se para a avaliação de áreas mais extensas na maxila ou na mandíbula, que não são possíveis de serem visualizadas apenas com a radiografia periapical. A técnica compreende na inserção do filme entre as superfícies oclusais do paciente, de forma leve para não danificar o material.

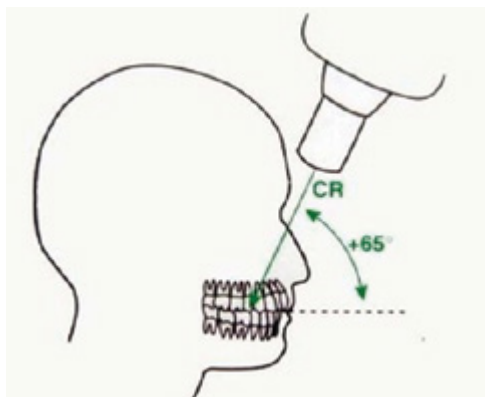


Figura 5 - Posicionamento da radiografia oclusal para maxila

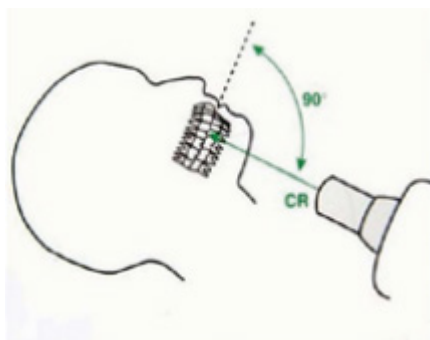


Figura 6 - Posicionamento da radiografia oclusal para mandíbula

Radiografia extraoral: Radiografia panorâmica e radiografias cefalométricas.

Radiografia panorâmica

Neste exame, a fonte de raios X e o filme rotacionam ao redor da cabeça do paciente, levando a apreciação de uma área mais extensa da face. Devido a isso, sua recomendação está para a avaliação geral dos dentes, como a sua posição e nível de desenvolvimento, patologias intraósseas (cistos, tumores), bem como traumas faciais e distúrbios de formação esquelética. Sua maior desvantagem está no baixo nível de detalhes, quando comparado com um exame intraoral, não devendo este ser substituído para avaliações mais minuciosas.

Métodos de localização

As imagens bidimensionais (2D) possuem como desvantagem a impossibilidade de se avaliar um objeto em todos planos possíveis, como vemos em exames tridimensionais (3D). Para contornar essa condição, alguns métodos podem ser utilizados para a obtenção de informações adicionais, como através da associação de exames radiográficos e da tomada de mais de uma radiografia com angulações diferentes.

Técnica de Clark

A técnica de Clark é conhecida por ser realizada através de um deslocamento do tubo. Em um primeiro momento, realiza-se a radiografia periapical em posição convencional (ortorradiar) e posteriormente uma nova tomada radiográfica deslocando o tubo para mesial ou distal. Essa técnica permite avaliar se o objeto em questão se encontra para vestibular ou palatino/lingual, localização de dificuldade de análise para um exame bidimensional. A partir dessas, avalia-se o deslocamento do objeto de análise. Se o objeto se moveu no mesmo sentido que o tubo de raios X, então encontra-se por palatino/lingual, entretanto, ao se mover em direção oposta do tubo, o objeto está localizado por vestibular.

A anestesia local é definida como um bloqueio reversível da condução nervosa, determinando perda das sensações sem alteração do nível de consciência.

A estrutura química é formada por uma porção lipofílica, uma cadeia intermediária (éster ou amida) e uma porção hidrofílica.

— Mecanismo de ação

Os anestésicos locais bloqueiam a ação de canais iônicos na membrana celular neuronal, impedindo a neurotransmissão do potencial de ação. A forma ionizada do anestésico local liga-se de modo específico aos canais de sódio, inativando-os e impedindo a propagação da despolarização celular. As fibras nervosas possuem sensibilidades diferentes aos anestésicos locais, sendo as fibras pequenas mais sensíveis que as grandes, e as fibras mielizadas são bloqueadas mais rapidamente que as não mielizadas de mesmo diâmetro. O bloqueio das fibras nervosas ocorre gradualmente, iniciado com a perda de sensibilidade à dor, à temperatura, ao toque, à propriocepção e finalmente perda do tônus músculo esquelético. Por essa razão os indivíduos podem ainda sentir o toque no momento em que a dor já está ausente após aplicação do anestésico local.

Em outras palavras, **o mecanismo de ação se dá pela interação com sítios de ligação nos canais de sódio, impedindo o fluxo transmembrânico de íon sódio.** Polarizada, em repouso, ou seja, anestesiada.