

Aula 00 - Prof. Cássia Reginato

*FMS Teresina (Odontólogo - Cirurgião
Dentista Endodontista) Conhecimentos
Específicos - 2024 (Pós-Edital)*

Autor:

**Breno da Silva Caldas Júnior,
Cássia Reginato, Larissa Oliveira
Ramos Silva, Ligia Carvalheiro
Fernandes, Mirela Sangoi Barreto,
Renata Pereira de Sousa Barbosa,
Stefania Maria Bernardi Possamai
Marques**

18 de Abril de 2024

Índice

1) Semiologia - conceitos	3
2) SEMIOLOGIA - Anamnese e Exame clínico	5
3) SEMIOLOGIA - Sinais vitais	14
4) SEMIOLOGIA - Classificação ASA	20
5) SEMIOLOGIA- Exames laboratoriais	26
6) SEMIOLOGIA- Citologia esfoliativa	44
7) SEMIOLOGIA - Biópsia	47
8) SEMIOLOGIA - Referências	49
9) SEMIOLOGIA - Questões comentadas	50
10) Semiologia - Lista de Questões	61
11) SEMIOLOGIA- Resumo	74



SEMIOLOGIA

De acordo com Sérgio Kignel "a semiologia estuda os métodos de exame clínico, pesquisa os sinais e os sintomas e os interpreta, resumindo, dessa forma, os elementos necessários para construir o diagnóstico e presumir a evolução da enfermidade".

O autor a divide em três partes:

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

• **SEMIOGÊNESE:** esmiúça o mecanismo de formação dos sinais e sintomas com bases fisiopatológicas.

• **PROPEDEÚTICA CLÍNICA** (pro: Antes + daiten: ensinar - cline: leito): atribui valores aos achados colhidos através da semiotécnica. O profissional analisa os dados sob a ótica de seus conhecimentos e experiência, de modo a indicar ou sugerir possibilidades diagnósticas



Entenda a diferença entre os termos:

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

Os sintomas podem ser:

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

Indiretos ou secundários: oriundos de alguma perturbação funcional

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

Sinal patognomônico: é um achado exclusivo de uma doença que indica, de uma maneira quase absoluta sua existência. Ex: dentes de Hutchinson na sífilis congênita, bolhas hemorrágicas que surgem logo após o trauma características do pênfigo vulgar (sinal de Nikolsky).

Sinal prodrômico/preditivo/premonitórios: são sinais pelos quais o paciente percebe que desenvolverá alguma patologia.

Ex: o herpes labial recorrente tem como sintomas prodrômicos a sensação de queimação ou formigamento da mucosa na área afetada

Síndrome: (do grego syndromos, significando "que correm juntos, que acompanham") é o conjunto de sinais e de sintomas comuns a determinada doença que se relacionam entre si por uma particularidade anatômica, física ou bioquímica.



ANAMNESE E EXAME CLÍNICO

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

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



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

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

Critério de diagnóstico: Quando os dados clínicos são insuficientes para montar as hipóteses de diagnóstico, ou ainda não há hipóteses, em função da pobreza por escassez de sintomatologia, tornam-se necessários procedimentos clínicos que auxiliem a formação do diagnóstico provisório.

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

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



Conheça os tipos de diagnósticos existentes:

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

Diagnóstico terapêutico: obtido pela resposta ao tratamento.

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

Diagnóstico patológico: obtido através da análise patológica;

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

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

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

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

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

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

Você verá ao longo do material o seguinte termo: **prognóstico**. Ele está associado ao tipo de tratamento e pode ser favorável, desfavorável ou incerto.

Entendidos esses conceitos prossigamos! Agora aprofundaremos um pouco mais nosso estudo.

Anamnese

A realização de uma anamnese minuciosa é parte fundamental do planejamento odontológico, por meio dela, o cirurgião-dentista define as condições de saúde do paciente e atua na prevenção de possíveis complicações operatórias.

A anamnese deve conter informações gerais do paciente como nome, idade, sexo, gênero, cor da pele, ocupação, problemas clínicos que possam influenciar o tratamento odontológico, uso de medicações contínuas, alergias medicamentosas e, no caso de pacientes do sexo feminino, a possibilidade de gravidez

Outros dados que devem ser anotados na ficha de anamnese são a história médica pregressa, a história odontológica, a história familiar (ajuda a esclarecer possíveis problemas hereditários) e a história cultural e social (condição socioeconômica, informação sobre contato com animais de estimação, vida sexual e possíveis doenças infecciosas, dieta, ocupação, hábitos).



Sempre deve ser questionada a queixa principal do paciente, ou seja, o motivo que o fez procurar a consulta. Geralmente o paciente nos procura por um motivo específico e devemos aprofundar a investigação através de perguntas como:



EXEMPLIFICANDO

data de início	
duração	
localização	
fatores agravantes ou atenuantes	
tratamentos realizados na tentativa de resolução da condição	

Exame clínico

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

O clínico estabelece o diagnóstico de determinada doença elaborando o conjunto de dados obtidos com o auxílio de manobras de semiotécnica.

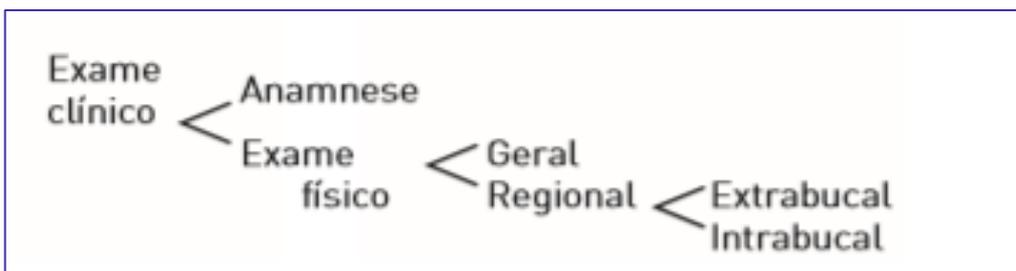
O exame físico é de simples execução, rápido e requer poucos materiais (você pode realizá-lo utilizando apenas gaze, espátula de madeira, espelho e iluminação).

O exame físico é parte fundamental do exame clínico, visto que complementa a anamnese, auxilia na obtenção do diagnóstico e na escolha do tratamento do paciente.

No **exame geral**, através da **ectoscopia ou avaliação global do paciente**, são observados parâmetros globais como sexo, estado geral de saúde, postura, deambulação, fâcies, alterações na pele e etc.



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



O exame físico deve ser precedido pela lavagem das mãos

Durante o exame são utilizados os sentidos:



(INST AOCP/PM GO/2022) A semiotécnica é a técnica de obtenção dos sinais e sintomas. A respeito desse assunto, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa com a sequência correta.

() Diascopia é uma técnica descrita dentro da semiotécnica da palpação, realizada por meio de uma lâmina de vidro de microscopia a qual é comprimida contra a área. Geralmente, é utilizada para diferenciar lesões pigmentadas das lesões vasculares.

() Sintoma é um sinal objetivo que pode ser notado pelo profissional, tanto por semiotécnica quanto por meios subsidiários.

- () A palpação é uma manobra bastante importante, devendo abranger todas as estruturas extra e intrabucais. No exame dos dentes, utiliza-se a chamada palpação indireta por meio da sonda exploradora.
- a) V – V – V. b) V – V – F. c) F – F – V. d) F – V – V. e) V – F – V.

Comentários:

A letra E é a alternativa correta, o sintoma é uma queixa do paciente e pode ser considerado subjetivo.

Diascopia é uma manobra em que realizamos a visualização através de uma lâmina de vidro. O termo significa “observar através de”. A manobra, conhecida também como vitropressão, é utilizada como auxiliar no diagnóstico diferencial de lesões vasculares ou pigmentadas.

Palpação — sensibilidade tátil utilizada direta ou indiretamente. É o ato de palpar, tocar com a polpa dos dedos. A palpação colhe sinais pelo tato e pela compressão. Palpação indireta é aquela na qual o clínico utiliza instrumentos que alcançam locais impossíveis para as mãos e os dedos.

A palpação pode ser digital, bidigital e digitopalmar.

Existe um tipo especial de palpação, a “ordenha”, utilizada para o exame de glândulas salivares.

Exame físico

O exame físico deve ser realizado de forma **extraoral** e **intraoral**. O exame extraoral inicia quando o paciente entra em nosso consultório. Avaliamos o paciente em busca de assimetrias, observamos a coloração da pele (ex: palidez), a aparência dos olhos (ex: exoftalmia, icterícia) e das mãos (ex: hábitos como a onicofagia ou sucção digital). A articulação temporomandibular (ATM) e os músculos mastigatórios também são avaliados no exame extraoral. Ambos podem ser palpados e a ATM auscultada para avaliar a presença de ruídos articulares.



EXEMPLIFICANDO

Vamos ir mais fundo?

Falei em auscultar, palpar... que tal entendermos algumas manobras semiotécnicas utilizadas no exame físico???

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

OUTRAS MANOBRAS UTILIZADAS SÃO:

Punção — remoção de líquido do interior da lesão. Da mesma forma que a punção pode demonstrar a presença de sangue, saliva, líquido cístico, pus ou conteúdo semissólido, após a punção pode ocorrer pressão negativa e não aparecer líquido ou semissólido (nesses casos a lesão tem conteúdo sólido ou não tem conteúdo algum).

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

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



Exame das cadeias linfáticas

Outro exame que deve ser realizado é a **palpação dos linfonodos** (barreiras de defesa do nosso corpo).

A linfa proveniente dos tecidos da cabeça e pescoço é drenada primeiro para os linfonodos mais superficiais e, posteriormente, para os linfonodos cervicais profundos.

Sabemos que algumas condições causam aumento nos linfonodos, mas é preciso saber diferenciar um linfonodo normal de um inflamado ou neoplásico.

LINFONODOS NORMAIS

- Do tamanho de um grão de lentilha
- Geralmente não são palpáveis

LINFONODOS INFLAMATÓRIOS (Linfadenite)

- Doloridos à palpação
- Macios e fibroelásticos (pouco consistente)
- Superfície lisa

LINFONODOS NEOPLÁSICOS

- Indolor
- Superfície irregular
- Duros e fixos
- Consistentes



Como deve ser feito o exame dos linfonodos?

- **Linfonodos parotídeos, mastoídeos e occipitais:** com as duas mãos e de forma simultânea;
- **Linfonodos cervicais superficiais:** com os dedos, de forma suave, podem ser comprimidos contra o músculo esternocleidomastoídeo;
- **Linfonodos submentonianos:** o paciente deve inclinar a cabeça para frente, o dentista deve deslizar os dedos contra a parte interna da mandíbula;
- **Linfonodos submandibulares:** o paciente deve inclinar a cabeça para o lado a ser examinado;
- **Linfonodos parafaríngeos e traqueais:** são examinados pressionando-os contra a traqueia (de forma suave).



O linfonodo jugulodigástrico é o linfonodo mais envolvido em infecções amigdalianas e câncer bucal



ÁREA	LINFONODO DRENADO
Escalpe, região temporal	Parótida superficial (auricular anterior)
Escalpe, região posterior	Occipital
Escalpe, região parietal	Mastoide
Orelha, externa	Parte superior sobre cervical superficial do músculo esternocleidomastoideo
Orelha, centro	Parotídeo
Acima do ângulo da mandíbula	Parte superior sobre cervical superficial do músculo esternocleidomastoideo
Parte medial da região frontal, pálpebras mediais, pele do nariz	Submandibular
Parte lateral da região frontal, parte lateral das pálpebras	Parotídeo
Bochecha	Submandibular
Lábio superior	Submandibular
Lábio inferior	Submentoniano
Lábio inferior, parte lateral	Submandibular
Gengiva inferior	Submandibular
Dentes superior	Cervical profundo
Gengiva superiores	Cervical profundo
Ponta da língua	Submentoniano
Língua, dois terços anteriores	Submandibular, alguns atravessam a linha média da drenagem linfática
Língua, terço posterior	Cervical profundo
Ventre da língua	Cervical profundo
Soalho de boca	Submandibular
Palato duro	Cervical profundo
Palato mole	Retrofaringeano e cervical profundo
Tonsila	Jugulodigástrico

Tabela extraída de Scully (2009)

Vamos adotar um resumo fornecido pelo livro de Scully (2009) sobre as principais áreas de drenagem linfática de interesse odontológico (acredito que facilite o estudo e memorização):



- **Submandibular:** Bochecha, lábio superior, parte lateral do lábio inferior, soalho bucal, 2/3 anteriores da língua e gengiva inferior
- **Submentoniano:** Lábio inferior e ponta da língua
- **Cervical profundo:** Dentes superiores, gengiva superior, 1/3 posterior da língua, ventre lingual, palato duro e palato mole



SINAIS VITAIS

De acordo com o professor Andrade (2014), a avaliação dos sinais vitais faz parte do exame físico, sendo **imprescindível** durante a consulta odontológica inicial. Devemos mensurar os sinais vitais para estabelecer os valores normais de base do indivíduo e identificar anormalidades.

Dados relativos ao pulso carotídeo ou radial, a frequência respiratória, a pressão arterial sanguínea e a temperatura devem constar no prontuário clínico.



EXEMPLIFICANDO

São sinais vitais:

PULSO ARTERIAL

FREQUÊNCIA
RESPIRATÓRIA

PRESSÃO ARTERIAL
SANGUÍNEA

TEMPERATURA

AGORA MUITA ATENÇÃO!!

Já foi questão de prova "sinais de apoio". Veja quais são eles e não confunda!



DILATAÇÃO E
REATIVIDADE DAS
PUPILAS

COR E UMIDADE
DA PELE

ESTADO DE
CONSCIÊNCIA

MOTILIDADE E
SENSIBILIDADE DO
CORPO



(NOSSO RUMO/PROVA DA PREFEITURA DE ARUJÁ/2022) Os sinais de apoio são sinais que o corpo emite em função do estado de funcionamento dos órgãos vitais. Eles podem ser alterados em casos de hemorragia, parada cardíaca ou uma forte batida na cabeça, por exemplo. Os principais sinais de apoio são:

- a) Temperatura
- b) Dilatação e reatividade das pupilas
- c) Pulso
- d) Respiração
- e) Pressão arterial

Comentários:

A letra B está correta.

Os sinais vitais são os indicadores de que, como o próprio nome já diz, existe vida naquele organismo.

Sinais Vitais: Temperatura, PA, FC, FR,

Além destes sinais, existem os sinais de apoio como: dilatação e reatividade das pupilas, cor e umidade da pele, estado de consciência, motilidade e sensibilidade do corpo. Por exemplo: Uma pupila totalmente dilatada indica que o cérebro não está recebendo oxigênio, o que pode ocasionar danos cerebrais graves.

Nossos livros não trazem muitas explicações sobre o assunto. Para as provas, basta apenas sabermos diferenciá-los dos sinais vitais para "marcarmos o X no lugar certo".



Temperatura

A temperatura é mensurada através de termômetros. Veja abaixo alguns dados:

- Temperatura corporal normal: bucal 36,60°C; retal ou do ouvido (membrana timpânica) 37,40°C e axilar 36,50°C. A temperatura retal é cerca de 0,5°C maior que a bucal; a temperatura axilar é cerca de 0,5°C menor que a bucal.
- Nos adultos considera-se febre a presença de temperatura bucal acima de 37,80°C; temperaturas retal/ouvido acima de 38,30°C.
- Nas crianças constata-se febre quando a temperatura do ouvido é superior a 38,0°C.

Frequência cardíaca - "pulso"

Quando falamos em "medir o pulso" estamos nos referindo à aferição dos batimentos cardíacos. A frequência cardíaca pode sofrer alterações durante a prática de exercício físico, situações de ansiedade ou medo (muito comum no consultório odontológico), estados febris, desordens cardíacas e no hipertireoidismo.

São locais de aferição:

- => a artéria radial, junto ao dedo polegar do lado da superfície flexora do punho
- => a artéria carótida, anterior ao terço médio do músculo esternocleidomastóideo.
- => a artéria temporal superficial, exatamente a frente da orelha.

Veja no quadro os parâmetros da frequência cardíaca (FC), em repouso, de acordo com a idade.

Bpm (Andrade, 2014)		Bpm (Scully, 2009)
Bebês	100-170	Crianças 140
Crianças de 2-10 anos	70-120	
Crianças > 10 anos	60 -100	Adultos 60-80
Adultos	60-100	

A frequência acima de 100bpm é chamada de taquicardia e a menor que 60 bpm é a bradicardia.

Autores como Picciani et al, consideram como parâmetros normais aquele entre 60 e 80bpm.



Pressão sanguínea/ arterial

Andrade (2014) define a pressão arterial como sendo a força exercida pelo sangue contra as paredes arteriais. Dentro dessa definição, cabe esclarecer que a **pressão arterial sistólica (máxima)** é caracterizada pela fase de contração do coração e, respectivamente, pelo bombeamento de sangue. Já a **pressão arterial diastólica (mínima)** é a fase de relaxamento que permite a entrada do sangue no coração.

Alguns cuidados devem ser tomados antes de avaliar a pressão arterial do paciente como, por exemplo, certificar-se que o paciente não está com a bexiga cheia, não realizou exercícios físicos antes da aferição, não ingeriu bebidas estimulantes (chá, café, alcoólicas) e não fumou até 30 minutos antes da aferição. Além disso, você deve orientar o paciente a permanecer calmo, em repouso, de 5 a 10 minutos, de preferência sentado, antes de aferir a pressão; e em caso de constatação de valores aumentados, recomenda-se aguardar um intervalo de tempo para realizar nova aferição (alguns autores falam de 1- 2 minutos, outros de 5-10 minutos).



CATEGORIA	PA SISTÓLICA (mmHg)	PA DIASTÓLICA (mmHg)
NORMAL	< 120	< 80
PRÉ-HIPERTENSÃO	120 - 139	80 – 89
HIPERTENSÃO ESTÁGIO 1	140 – 159	90 – 99
HIPERTENSÃO ESTÁGIO 2	≥ 160	≥ 100



RELEMBRE AS CONDUTAS SEREM SEGUIDAS CONFORME OS VALORES PRESSÓRICOS (ANDRADE 2014)

ASA II => hipertensão no estágio 1 => pressão arterial controlada ou situada nos limites até 160/100mmHg - **PODE SER SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS ELETIVOS OU DE URGÊNCIA**

ASA II => hipertensão no estágio 2 => pressão arterial atingindo níveis > 160/100 mm Hg, mas ainda sem ultrapassar 180/110mmHg - **PROCEDIMENTOS ELETIVOS CONTRAINDICADOS**



ASA III => hipertensão severa, “assintomática” => pressão arterial em níveis > 180/110mmHg, mas ainda sem apresentar sintomas – **TODO E QUALQUER PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO ESTÁ CONTRAINDICADO**



(ESAF/TÉCNICO DO MPU/CONSULTÓRIO DENTÁRIO/2004) Podemos considerar o paciente com pressão alta quando a pressão for:

- a) igual a 120 x 80 mmHg
- b) superior a 160 x 100 mmHg
- c) inferior a 100 x 80 mmHg
- d) superior a 80 x 120 mmHg
- e) inferior a 80 x 120 mmHg

Comentários:

De acordo com Andrade (2014), consultar tabela acima, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a elevação persistente dos níveis de pressão arterial sanguínea, com valores $\geq 140 / 90$ mmHg. Na questão a banca não colocou nas alternativas o valor de referência para o estágio 1 de hipertensão ($\geq 140/90$ mmHg), no entanto, a alternativa B apresenta como resposta o valor de referência para o estágio 2 de hipertensão arterial ($\geq 160/100$), sendo a alternativa correta. **A alternativa correta é a letra B.**

(FAPEU/ANALISTA JUDICIÁRIO (TRE-SC)/ODONTÓLOGO/2005) No diagnóstico e plano de tratamento odontológico de um paciente que será submetido a uma cirurgia odontológica, é necessário o conhecimento sobre “pressão arterial”. Assinale a alternativa CORRETA.

- a) A pressão arterial máxima também é chamada de diastólica
- b) A pressão diastólica é o momento de relaxamento dos ventrículos e é também conhecida como pressão arterial mínima.
- c) A pressão diastólica é o momento em que os ventrículos se contraem.
- d) O hipertenso leve frequentemente apresenta sinais e sintomas como: dor de cabeça, perturbações visuais, zumbido no ouvido e tontura.

Comentários:

Conforme tabela da página anterior, a pressão máxima é chamada de sistólica, já a mínima é chamada de diastólica (para gravar lembre-se: a mínima ouvimos Depois – D de diastólica). Na maioria dos casos o paciente é assintomático e desconhece a existência da doença. **A alternativa correta é a letra B.**



Frequência respiratória

A **frequência respiratória** ou **ritmo respiratório** é a designação dada ao **número de ciclos respiratórios completados em um determinado tempo** (adota-se como parâmetro respirações por minuto). Considera-se um ciclo respiratório o conjunto de um movimento inspiratório com o subsequente movimento expiratório.

Frequência respiratória (FR), em repouso, de acordo com a idade (Fonte: Andrade, 2014):

Idade	FR/min
Bebês	30-40
1-2 anos	25-30
2-8 anos	20-25
8-12 anos	18-20
Adultos	14-18



A FR pode ser avaliada ao observar o número de vezes que o tórax aumenta e reduz de volume durante 30 segundos e multiplicando-se o valor obtido por 2.
Alguns autores como Picciani et al, consideram como parâmetros normais aquele entre 12 e 18 movimentos.

CLASSIFICAÇÃO ASA

Durante a anamnese, se o cirurgião-dentista evidenciar a presença de alguma alteração sistêmica, ele pode classificar o paciente de acordo com o risco médico. Nesse sentido, para determinação do risco médico do paciente que será submetido à cirurgia oral tem sido adotada a classificação sugerida pela Associação Americana de Anestesiologistas, a Classificação ASA. Questão recorrente em provas não podemos deixar de entender esse assunto! Dica: Leia, faça lembretes, crie esquemas, mas não deixe de decorar essa classificação!

ASA I

- paciente saudável;
- pouca ou nenhuma ansiedade, sendo capaz de tolerar o estresse do tratamento dentário;
- apresenta risco mínimo de complicações.

ASA II

- paciente extremamente ansioso, com história de episódios de mal-estar ou desmaio no consultório;
- paciente com > 65 anos;
- obesidade moderada;
- **primeiros dois trimestres de gestação;**
- hipertensão arterial controlada com medicação;
- **diabético tipo II, controlado com dieta e/ou medicamentos;**
- portador de distúrbios convulsivos, controlados com medicação;
- asmático, que ocasionalmente usa broncodilatador em aerossol;
- tabagista, sem doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);
- angina estável, assintomática, exceto em situações de estresse;
- paciente com história de infarto do miocárdio, ocorrido **há mais de 6 meses, sem apresentar sintomas.**

ASA III

- obesidade mórbida;
- **último trimestre de gestação;**
- **diabético tipo I (usuário de insulina), com doença controlada;**
- hipertensão arterial na faixa de 160-194 a 95-99 mm Hg;
- história de episódios frequentes de angina do peito, apresentando sintomas após exercícios leves;
- insuficiência cardíaca congestiva, com inchaço dos tornozelos;
- doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema ou bronquite crônica);
- episódios frequentes de convulsão ou crise asmática;
- paciente sob quimioterapia;
- hemofilia;



- história de infarto do miocárdio, ocorrido **há mais de 6 meses, mas ainda com sintomas** (p. ex., dor no peito ou falta de ar).

ASA IV

- pacientes com dor no peito ou falta de ar, enquanto sentados, sem atividade;
- incapazes de andar ou subir escadas;
- pacientes que acordam durante a noite com dor no peito ou falta de ar;
- pacientes com angina que estão piorando, mesmo com medicação;
- história de infarto do miocárdio ou acidente vascular encefálico, no período dos últimos 6 meses,
- com pressão arterial maior que 200/100 mm Hg;
- pacientes que necessitam de administração suplementar de oxigênio de forma contínua.

ASA V

- pacientes com doença renal, hepática ou infecciosa em estágio terminal;
- pacientes com câncer terminal.

ASA VI

- paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos serão removidos com propósito de doação.

A definição do estado físico do paciente, segundo a classificação ASA, auxilia na realização do tratamento cirúrgico com segurança. Pacientes que não se enquadrem nas categorias ASA I ou relativamente saudável ASA 2, necessitam de cuidados para a execução de procedimentos cirúrgicos tais como: modificação do plano de tratamento com adoção de medidas para a redução do estresse e ansiedade, monitoramento do paciente durante a cirurgia e realização de consulta médica prévia à extração dentária.

Para melhor compreensão e assimilação consulte as tabelas abaixo!!!

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO DA ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE ANESTESIOLOGIA (ASA) ADAPTADA PARA CLÍNICA ODONTOLÓGICA	
ASA I	Paciente saudável que não apresenta anormalidades.
ASA II	Paciente com doença sistêmica moderada ou de menor tolerância que o ASA I. Apresenta maior grau de ansiedade ou medo ao tratamento odontológico.
ASA III	Paciente portador de doença sistêmica severa , que limita suas atividades.
ASA IV	Paciente acometido por doença sistêmica severa que é ameaçadora à vida . Apresenta alterações sistêmicas importantes para o planejamento do tratamento odontológico.
ASA V	Paciente em fase terminal , quase sempre hospitalizado, cuja expectativa de vida não é maior do que 24h, com ou sem cirurgia planejada.
ASA VI	Paciente com morte cerebral declarada, cujos órgãos serão removidos com propósito de doação.

Fonte: Andrade, 2014.



TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO ASA:

ASA I	Risco mínimo de complicações durante tratamento dentário.
ASA II	Risco mínimo de complicações durante o tratamento. Pode exigir certas modificações no plano de tratamento. Recomenda-se a troca de informações com o médico, protocolo de sedação mínima, redução da duração das consultas.
ASA III	Tratamento eletivo não está contraindicado, embora este paciente apresente um maior risco durante o procedimento.
ASA IV	Procedimentos eletivos devem ser postergados até que o paciente retorne à categoria ASA III. Urgências odontológicas, como dor e infecção, devem ser tratadas da maneira mais conservadora possível. Pulpectomia ou exodontia devem ser realizadas em ambiente hospitalar.
ASA V	Procedimentos eletivos estão contraindicados . Urgências odontológicas podem receber tratamento paliativo para alívio da dor.
ASA VI	Não há indicação para tratamento odontológico de qualquer espécie.

Fonte: Andrade, 2014.



(URI/PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ÂNGELO/CIRURGIÃO-DENTISTA/2019) Considere um paciente que apresenta alto grau de ansiedade e medo de tratamento odontológico, tornando necessárias algumas precauções para ser atendido. Segundo a Associação Americana de Anestesiologistas (ASA), esse paciente pode ser classificado de acordo com a alternativa:

- a) ASA I
- b) ASA II
- c) ASA III
- d) ASA IV

Comentários:

A classificação ASA faz menção à ansiedade ou medo apenas no ASA I (pouca ou nenhuma ansiedade) no ASA II (extremamente ansioso). **A alternativa correta é a letra B.**

(IBFC/PREF. DE CRUZEIRO DO SUL/2019) A classificação de estado físico ASA (Sociedade Americana de Anestesiologia) é uma ferramenta importante para a avaliação pré-anestésica do paciente, para que haja planejamento do risco cirúrgico do paciente especial. Esse risco cirúrgico é uma forma de avaliação do



estado clínico e condições de saúde do paciente, de forma a identificar possíveis complicações. Sendo assim, assinale a alternativa correta.

- a) ASA V: pacientes com infarto agudo do miocárdio recente, insuficiência renal
- b) ASA II: hipertensão compensada, distúrbio psiquiátrico
- c) ASA III: diabetes mellitus severa, doença cardíaca congestiva
- d) ASA I: sangramento interno incontrolável

Comentários:

ASA V: pacientes com doença renal em estágio terminal;

ASA II: hipertensão arterial controlada com medicação; paciente psiquiátrico não faz parte da relação

ASA I: paciente saudável que apresenta risco mínimo de complicações.

A letra C está correta

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

1. Diabetes tipo I controlada
2. Hipertensão arterial controlada com medicação
3. IAM recente com PA > 200/100mmHg
4. Morte cerebral

() ASA III

() ASA IV

() ASA VI

() ASA II

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

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

Comentários:

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

2- Hipertensão arterial controlada com medicação: ASA II

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

4- Morte cerebral: ASA VI



A letra E está correta.

(COTEC/Prefeitura de São João da Ponte - MG – Dentista/2021) Em 1962, a American Society of Anesthesiologists (ASA) adotou o que é atualmente designado como sistema de classificação do estado físico (ASA PS). Esse sistema constitui um meio de estimar o risco médico apresentado pelo paciente que será submetido a um procedimento cirúrgico. Relacione corretamente a classificação ASA na primeira coluna com a sua definição na segunda coluna:

1 - ASA 1

2 - ASA 2

3 - ASA 3

4 - ASA 4

5 - ASA 5

() Cuidados odontológicos eletivos não são contraindicados, embora o paciente apresente um risco aumentado durante o tratamento.

() É um excelente candidato a cuidados cirúrgicos ou dentários eletivos, com risco mínimo de vir a apresentar um evento médico adverso durante o tratamento.

() Cuidados odontológicos eletivos se justificam, com um risco minimamente aumentado para o paciente durante o tratamento. O dentista deve, porém, considerar possíveis modificações do tratamento.

() O dentista deve adiar um cuidado odontológico eletivo até que a condição física do paciente tenha melhorado para uma classificação menor.

() Os pacientes, nessa categoria, estão quase sempre hospitalizados e em estado terminal de doença, e é um sinal vermelho em relação ao cuidado odontológico.

Assinale a alternativa que contém a sequência CORRETA.

a) 3, 2, 5, 4, 1.

b) 3, 1, 2, 4, 5.

c) 5, 4, 2, 1, 3.

d) 1, 3, 4, 3, 5.

e) 3, 2, 1, 5, 4.

Comentários:

Cuidados odontológicos eletivos não são contraindicados, embora o paciente apresente um risco aumentado durante o tratamento = ASA 3

É um excelente candidato a cuidados cirúrgicos ou dentários eletivos, com risco mínimo de vir a apresentar um evento médico adverso durante o tratamento = ASA 1

Cuidados odontológicos eletivos se justificam, com um risco minimamente aumentado para o paciente durante o tratamento. O dentista deve, porém, considerar possíveis modificações do tratamento = ASA 2

O dentista deve adiar um cuidado odontológico eletivo até que a condição física do paciente tenha melhorado para uma classificação menor = ASA 4



Os pacientes, nessa categoria, estão quase sempre hospitalizados e em estado terminal de doença, e é um sinal vermelho em relação ao cuidado odontológico = ASA 5

A letra B está correta.

(FUNDATEC - Prefeitura de Porto Alegre - RS - Cirurgião Dentista – 2022) Os resultados da avaliação do estado físico do paciente são classificados de acordo com alguns sistemas de classificação, mas, geralmente, o mais usado é o sistema classificatório da American Society of Anesthesiologists (ASA), importante para o cirurgião-dentista decidir se o tratamento requerido pode ser realizado no consultório odontológico de modo seguro e habitual. Assinale a alternativa que contém uma das classificações do estado físico, conforme a classificação ASA, de forma correta.

- a) ASA I: Paciente com doença sistêmica leve ou com um significativo risco de saúde.
- b) ASA III: Paciente com doença sistêmica grave que não é incapacitante.
- c) ASA II: Paciente normal, saudável.
- d) ASA II: Paciente com doença sistêmica grave que oferece risco de vida constante.
- e) ASA V: Paciente com morte cerebral declarada que está passando por remoção de órgãos.

Comentários:

A letra A está incorreta. O paciente ASA I é um paciente saudável.

A letra B foi dada como correta pela banca. O paciente ASA III é portador de **doença sistêmica severa**, que limita suas atividades.

A letra C e D estão incorretas. O paciente ASA II é um paciente portador de doença sistêmica severa.

A letra E está incorreta. O paciente ASA V é um paciente em fase terminal

(VUNESP - Prefeitura de Morro Agudo - SP - Dentista – Periodontista- 2020) A Sociedade Americana de Anestesiologia criou um sistema de classificação do estado de saúde do paciente que tem sido um método valioso para determinar o risco cirúrgico e anestésico antes da realização de procedimentos. Dentro deste sistema, um paciente que apresenta doença sistêmica leve ou são pacientes saudáveis que demonstram um grau extremo de ansiedade e medo em relação ao tratamento odontológico ou tem mais de 60 anos são classificados como

- a) ASA 1.
- b) ASA 2.
- c) ASA 3.
- d) ASA 4.
- e) ASA 5.

Comentários:

Se a questão falar em paciente ansioso não esqueça: ASA III! **Gabarito letra B**



EXAMES LABORATORIAIS

Quero que você perceba o nível de cobrança de algumas provas, veja a questão abaixo da prova da Escola de Formação Complementar do Exército Brasileiro- Cargo Dentista.



(EsFCEEx/2022) Os exames laboratoriais são complementos importantes no auxílio ao diagnóstico. É primordial que o profissional possa, além de indicar exames corretamente, interpretá-los apropriadamente. Em relação aos exames laboratoriais, assinale a alternativa que contém informação correta.

- a) Os indivíduos com hematócrito superior a 30% e valor de hemoglobina acima de 10 g/dL, ou com histórico de anemia e hematócrito normal, são considerados de baixo risco para procedimentos invasivos e podem apresentar-se assintomáticos.
- b) A policitemia deve ser considerada quando há aumento dos níveis de hemoglobina maior que 12 g/dL para homens e maior que 10 g/dL para mulheres e presença de hematócrito maior que 25% para homens maior que e 20% para mulheres.
- c) O hematócrito corresponde à concentração de hemoglobina dentro da hemácia e ajuda a diferenciar os vários tipos de anemia.
- d) A quantidade de plaquetas entre 600000 e 1 milhão de células/mm³, demonstra que o paciente possui trombocitopenia e, neste caso, aumenta-se o risco de hemorragia.
- e) O linfócito é o tipo de leucócito em maior número no sangue e representa de 50% a 80% dos leucócitos circulantes; são as células responsáveis pelo combate às bactérias.

Comentários:

O hematócrito corresponde ao percentual do sangue que é ocupado pelos eritrócitos. Um hematócrito de 45% significa que o sangue é composto por esta porcentagem de eritrócitos.

A hemoglobina é uma molécula de proteína presente no interior dos eritrócitos; portanto, a dosagem de hemoglobina é o melhor resultado do hemograma para concluir se um paciente está anêmico. O ferro contido na hemoglobina está diretamente relacionado à capacidade de transporte de oxigênio pelo sistema circulatório. A anemia ferropriva, ou por deficiência de ferro, provoca uma diminuição na capacidade de transporte do oxigênio. A avaliação da hemoglobina ajuda a determinar se o paciente tem anemia.

A letra A está correta.



Os exames laboratoriais são complementos importantes na avaliação do paciente e no diagnóstico de distúrbios sistêmicos. Mas atenção: eles não substituem uma anamnese cuidadosa e um excelente exame físico.

De acordo com a Súmula Normativa nº11 da Agência Nacional de Saúde, publicada em 20 de agosto de 2007, os exames complementares devem ser cobertos por operadoras de saúde quando solicitados por cirurgião-dentista, mesmo quando não credenciado ao plano.

Ao solicitarmos um exame laboratorial devemos estar aptos interpretá-los e não apenas comparar os valores encontrados com os de referência. Quando os valores se encontram diferentes dos de referência, podemos considerar a existência de uma **contra-indicação momentânea ou até definitiva** para a execução do procedimento cirúrgico. Nesses casos, o paciente deve ser encaminhado ao médico para avaliação e ajuste de medicações utilizadas.

Hemograma

Um hemograma completo fornece informações sobre:



EXEMPLIFICANDO

Hemácias (também chamados de eritrócitos ou glóbulos vermelhos)

Leucócitos (glóbulos brancos)

Plaquetas

O hemograma é o exame mais solicitado e tem como vantagens:

- Ser um exame de fácil realização
- Fornece muitas informações
- Possui um custo acessível



ATENÇÃO: a solicitação de um hemograma na fase pré-operatória deve considerar

- nível de dificuldade da cirurgia
- suspeita de anemia ou policitemia ao exame físico
- relato de doenças renais, hepáticas, autoimunes, hemorrágicas, infecciosas, presença de tumores,
- hábitos nocivos à saúde como o uso excessivo de álcool, drogas ilícitas
- história recente de radioterapia ou quimioterapia
- uso de anticoagulantes
- pacientes idosos
- crianças pálidas, desnutridas e hipoativas
- discrepância peso/idade

As complicações observadas na **policitemia** relacionam-se a dois fatores principais: **risco de trombose** em razão da hiperviscosidade, e **risco de hemorragia**, que pode levar o paciente ao óbito.

Eritrograma

Através do eritrograma podemos diagnosticar a existência de anemias, policitemias e diferenciar as anisocitoses.

Vamos entender um pouco mais?

De forma resumida: dentro do eritrócito tenho a hemoglobina e dentro dela o ferro.



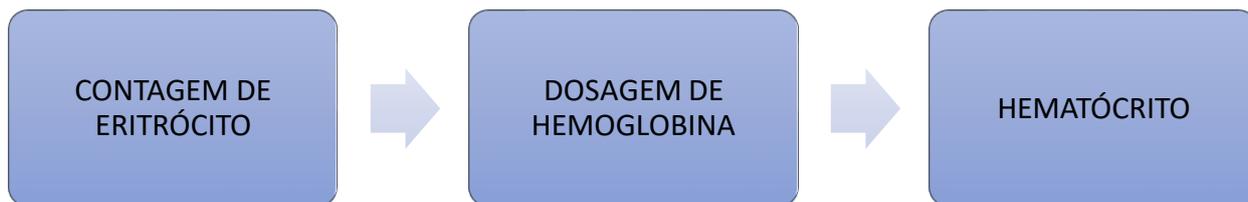
Os eritrócitos são as células responsáveis por carregar oxigênio dos alvéolos pulmonares para os tecidos e remover destes o gás carbônico. O ferro contido na hemoglobina está diretamente relacionado à sua capacidade de transporte de oxigênio pelo corpo humano.



São parâmetros analisados no eritrograma:

- Contagem de eritrócitos (E)
- Dosagem de hemoglobina (Hgb)
- Hematócrito (Hct)
- Volume corpuscular médio (VCM)
- Hemoglobina corpuscular média (HCM)
- Concentração de hemoglobina corpuscular média (CHCM)
- Índice de anisocitose eritrocitária (RDW)

Os três primeiros parâmetros são analisados em conjunto para verificar a existência de anemia ou policitemia.



IMPORTANTE PARA PROVA:

- A contagem de hemoglobina é o melhor parâmetro para informar a existência de anemia em um paciente.
- A anemia ferropriva (deficiência de ferro) provoca uma diminuição na capacidade de transporte do oxigênio
- Um paciente com anemia pode ter um maior risco de infecção local se fizer procedimentos cirúrgicos

- O hematócrito nos informa o percentual do sangue ocupado pelos eritrócitos. Por exemplo, um hematócrito de 45% significa que 45% do sangue é "ocupado" por eritrócitos.



DECORE PARA A PROVA A AVALIAÇÃO DO RISCO:

BAIXO RISCO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS = hematócrito superior a 30% e valor de hemoglobina acima de 10 g/dL, ou com histórico de anemia e hematócrito normal (podem apresentar-se assintomáticos)

ALTO RISCO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS = hematócrito abaixo de 30% e taxa de hemoglobina menor 10 g/dL são de alto risco (podem apresentar-se com quadros de sangramento e doenças crônicas associadas)

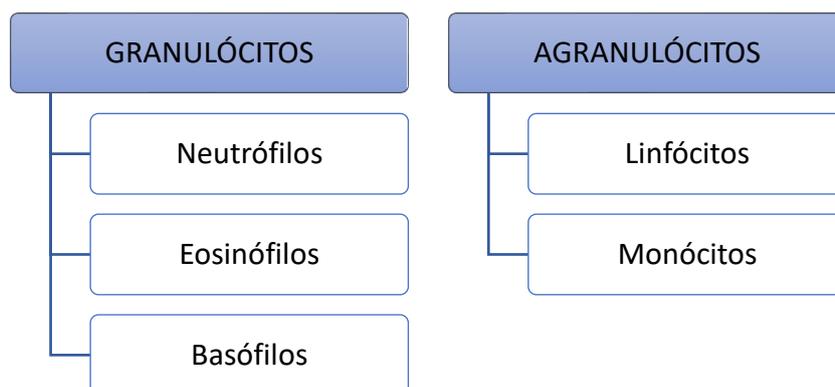
Nos casos de alto risco devemos adiar os procedimentos cirúrgicos.

Falamos da anemia, mas o que seria a **policitemia**?

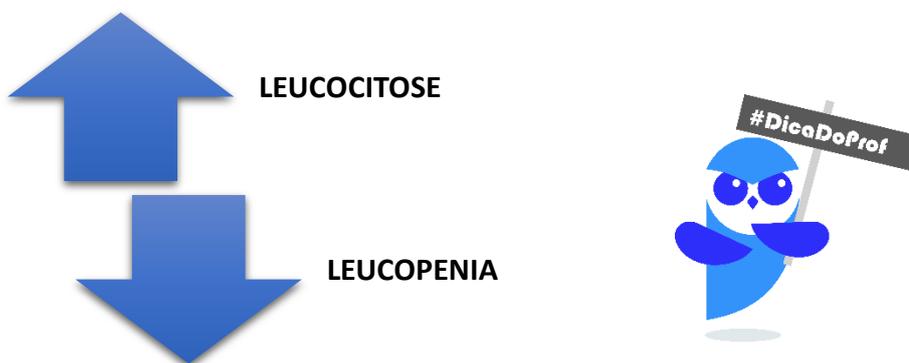
A **policitemia** é o aumento da taxa de eritrócitos, hemoglobina e hematócrito acompanhada do aumento do volume total do sangue.

Leucograma

O leucograma avalia de forma quantitativa e qualitativa as células de defesa do nosso corpo: os leucócitos ou glóbulos brancos. Este exame fornece, além da contagem total, a análise individual dos cinco tipos de leucócitos presentes no sangue.



Lembre os termos empregados na análise da contagem de leucócitos:



Você sabe interpretar?

LEUCOCITOSE: indica a presença de infecção

LEUCOPENIA: pode indicar a depressão da medula óssea

Mas para obtermos informações mais precisas precisamos avaliar a contagem diferencial dos leucócitos



NEUTRÓFILO	45% a 75%	combatem as bactérias
SEGMENTADOS OU BASTÕES	4 a 5%	"desvio a esquerda" em processos infecciosos
EOSINÓFILOS	1 a 5%	Alergias, asmáticos e casos de infecção intestinal por parasitas
BASÓFILOS	0 a 2%	Alergias e infecção crônica
LINFÓCITOS	15 a 45%	produção de anticorpos e principal linha de defesa contra viroses e surgimento de tumores
MONÓCITOS	3 a 10%	processos virais e bacterianos



De acordo com Roger Moreira "o adiamento de cirurgias eletivas em pacientes com uma diminuição do número de neutrófilos deve ser realizado principalmente devido aos riscos de infecção, pois se tiverem diminuídos, os pacientes estarão debilitados, com baixa resistência, baixa imunidade e propensos a processos infecciosos no pós-operatório."

Contagem de plaquetas e coagulograma completo

Durante a anamnese o paciente deve ser questionado a respeito da presença de equimoses; sangramento ou problemas de coagulação prévios: sangramento menstruação acima do normal, episódios de sangramentos nasais frequentes, sangramento excessivo após trauma ou cirurgias; história familiar de distúrbios hemorrágicos; e avaliação dos medicamentos diários que o paciente faz uso como, por exemplo, o ácido acetilsalicílico.

Em algumas situações precisaremos solicitar exames complementares. A contagem de plaquetas faz parte da segunda parte do hemograma, que consiste na estimativa do número e da morfologia de plaquetas. A plaqueta possui funções hemostáticas. Ela é uma parte de citoplasma fragmentado de megacariócitos e tem o formato é semelhante a um disco.



Contagem de plaquetas: 150.000 a 450.000/mm³.

Contagem de plaquetas < 140.000 => trombocitopenia.

Contagem de plaqueta < 100.000 células/mm³ => pode ocorrer sangramento acima do normal.

Contagem de plaquetas entre 600.000 e 1 milhão de células/mm ou mais = trombocitose (aumenta-se o risco de trombose).

Nos casos de suspeita de problemas de coagulação ou em cirurgias com maior risco de sangramento se faz necessária esta dosagem de plaquetas, No entanto, para se obter resultados e mais fidedignos quanto à capacidade de coagulação do paciente, é necessário solicitar um coagulograma, que é um conjunto de exames capaz de avaliar os mecanismos de hemostasia por completo e identificar, além da quantidade de plaquetas, a qualidade e o tempo de coagulação -do paciente.

O coagulograma nos fornece informações qualitativas e quantitativas das plaquetas. *Roger Moreira* enfatiza que a avaliação da existência de distúrbios hemorrágicos deve ser realizada em todos os pacientes.

Compõem o coagulograma:



Tempo de sangramento (TS)

Tempo de coagulação (TC)

Tempo de Protrombina (TP) ou Tempo de atividade de Protrombina (TAP)

Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPa)

Índice de Normalização Internacional (INR ou NRI)

VAMOS ENTENDER CADA UM?

VEJA O QUE ROGER MOREIRA TRAZ SOBRE CADA PARÂMETRO

1) Tempo de sangramento (TS): quantifica o tempo em que o sangramento provocado por uma incisão cutânea leva até parar espontaneamente pela formação do tampão hemostático temporário, fornecendo informações sobre a suficiência do número de plaquetas e da função plaquetária. Normalmente, mantém-se entre 3 a 7 minutos, mesmo quando as plaquetas se encontram diminuídas, porém acima do limite de 100.000/mm. Em pacientes com anormalidades nas plaquetas o tempo de sangramento é aumentado, incorrendo em risco para a realização de cirurgias.

2) Tempo de coagulação (TC): O TC normal é cerca de 3 a 9 minutos, no entanto é um teste de baixa sensibilidade e de reprodutibilidade muito variável. Costuma ser substituído pelo tempo de tromboplastina parcial ativado, que fornece um resultado fidedigno das alterações de via intrínseca.

3) Tempo de Protrombina (TP) ou Tempo de atividade de Protrombina (TAP): o TP normal varia de 11 a 15 segundos realizado para medir o tempo necessário para a formação da fibrina. Um TP normal está relacionado a níveis normais de fator VII e dos fatores comuns às vias intrínsecas e extrínsecas (V, X, protrombina e fibrinogênio). O aumento no tempo de protrombina pode estar associado a uma coagulação e a um sangramento pós-operatório anormal. O prolongamento de menos de um e meio do valor-controle (até 16,5 segundos) geralmente não está associado às desordens hemorrágicas graves, ao passo que um aumento maior deste tempo pode resultar em sangramento grave.

4) Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPa): o TTPa normal é geralmente de 25 a 40 segundos. Avalia a eficiência da via intrínseca na mediação da formação do coágulo de fibrina. Um prolongamento de 5 a 40 segundos acima do limite normal pode estar associado a anormalidades hemorrágicas leves. Um aumento maior ainda pode estar associado a um sangramento significativo

5) Índice de Normalização Internacional (INR ou NRI): o uso de anticoagulantes orais é avaliado somente pelo INR.



INR entre 0,9 a 1,0: pacientes que não utilizam qualquer tipo de antiagregante plaquetário, anticoagulante oral ou não são hepatopatas.

INR < 2,0: pacientes anticoagulados, informa quando eles estão insuficientemente anticoagulados para a sua patologia, mas com baixo risco de hemorragias incontroláveis para exodontias ou cirurgia bucal de pequeno porte.

INR entre 2,0 e 3,0: os pacientes estão adequadamente anticoagulados para a sua patologia, mas com médio risco de hemorragias incontroláveis mesmo para exodontias ou cirurgia bucal de pequeno porte.

INR > 3,0 ou 3,5: os pacientes estão supra anticoagulados para sua patologia e apresentam alto risco de hemorragias incontroláveis mesmo para exodontias ou cirurgia bucal de pequeno porte.

A cirurgia bucal de pequeno porte pode ser programada em ambulatório, sem necessidade de modificação do tratamento com anticoagulante oral, desde que o INR seja igual ou inferior a 3, com a utilização concomitante de técnicas hemostáticas locais.

Atenção: o dentista não deve interromper o uso de anticoagulantes sem conversar com o médico antes!



VEJA O QUE OUTROS AUTORES FALAM SOBRE O INR!

Hupp et al (2021): na manhã da cirurgia, o valor do INR deve ser checado; se ele estiver entre dois e três INR, a cirurgia bucal habitual pode ser realizada. Se o TP ainda estiver maior que 3 INR, a cirurgia deve ser adiada até que o TP se aproxime de 3 INR.

Miloro et al. (2016): para intervenções cirúrgicas de pequeno porte, como extrações e retirada cirúrgica de dentes, a manutenção da varfarina quando a INR é inferior a 3 ou 3,5 parece apropriada, tendo em vista o potencial de complicações embólicas significativas se a varfarina for suspensa. É essencial a instituição de medidas hemostáticas locais durante a intervenção cirúrgica e elas devem ser combinadas com a administração pós-operatória de ácido tranexânico ou EACA.

Andrade (2014): pacientes com $INR \leq 3,5$ não necessitam de suspensão ou modificação da posologia para realização de exodontias não complicadas. Nos casos de $INR \geq 3,5$ recomenda-se avaliação médica, para possível ajuste da medicação.



AGORA VEJA ESTE SUPER RESUMO COM OS VALORES DE REFERÊNCIA!

EXAMES	VALORES REFERENCIAIS
TEMPO DE PROTROMBINA ATIVADA (TAP)	10 a 14 segundos
TEMPO DE PROTROMBINA PARCIALMENTE ATIVADA (TTPA)	24 a 40 segundos
TEMPO DE SANGRAMENTO	1 a 4 minutos
TEMPO DE COAGULAÇÃO	4 a 10 minutos
ÍNDICE DE NORMALIZAÇÃO INTERNACIONAL (INR)	Normal: 0,9 a 1,0 Baixo risco $INR < 2,0$ Médio risco INR entre 2,0 e 3,0 Alto risco $INR > 3,0$



Nos casos de suspeita de problemas de coagulação ou em cirurgias com maior risco de sangramento se faz necessária esta dosagem de plaquetas.

Tempo de protrombina e RNI são solicitados para **avaliação da atividade da via extrínseca e da via final comum**

Tempo de tromboplastina parcial ativada é solicitada para **avaliação da via intrínseca e da via final comum**





(CONSULPLAN/TRE-MG/ODONTÓLOGO/2013) O exame conhecido como é usado para analisar as vias extrínseca e comum da coagulação, avaliar a função hepática e monitorar a resposta à terapêutica anticoagulante. É um 'tempo de coagulação' em condições especiais (SILVEIRA *et al.*,2005).

- a) Prova do laço
- b) Tempo de sangria
- c) Tempo de protrombina
- d) Contagem de plaquetas
- e) Tempo de tromboplastina parcial

Comentários:

O tempo de protrombina avalia os fatores da via extrínseca de coagulação (II,V,VII e X) e comum. **A alternativa correta é a letra C.**

(INST AOCP/PM ES/2022) A extração de dentes é um procedimento que apresenta um grande desafio para o mecanismo hemostático do corpo humano. Para que se evitem complicações trans e pós-operatórias em pacientes que fazem uso contínuo de medicação anticoagulante ou são portadores de desordens de coagulação, torna-se importante determinar, previamente a uma intervenção cirúrgica, se a taxa de coagulação sanguínea se apresenta em parâmetros normais e aceitáveis. A esse respeito, assinale a alternativa que apresenta a nomenclatura do padrão internacional utilizado como referência para a coagulação e o intervalo de valores considerado normal.

- a) INR (International Normalized Ratio) entre 2,0 e 3,0.
- b) TTPa (Tempo de Tromboplastina Parcialmente ativada) entre 60 e 90 segundos.
- c) BFAD (Bleeding Factor After Damage) entre 0,8 e 1,0.
- d) ABC (Advanced Bleeding Control) entre 40 e 60 segundos.
- e) B-Con (Bleeding Control Ratio) entre 4,0 e 5,0.

Comentários:

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



Glicemia

O exame de glicemia em jejum mede o nível de glicose no sangue do paciente, tornando possível o diagnóstico de hipo ou hiperglicemia quando os valores estão abaixo ou acima da concentração ideal. O diagnóstico da diabetes melito é feito com base na glicemia em jejum e Roger Moreira afirma que esse exame auxilia na monitorização do tratamento do diabetes.

De acordo com Andrade (2014), os indivíduos que apresentam o limite máximo da faixa de normalidade são submetidos ao teste oral de tolerância à glicose.

Para **Roger Moreira**, a concentração plasmática de glicose considerada normal situa-se entre 65 e 99 miligramas de glicose por decilitro de sangue (mg/dL); quando em níveis superiores tem-se graus variados de tolerância à glicose (pré-diabetes) ou diabetes

ATENÇÃO: Para a realização do exame devem ser seguidos alguns cuidados:

- Deve ser feito jejum, veja o tempo conforme a idade:



Adultos: jejum por pelo menos 8 horas

Crianças de até três anos de idade: jejum por três horas,

Crianças de três a nove anos: jejum por quatro a cinco horas apenas.

- Previamente ao início do jejum a alimentação deve ser mantida normalmente;
- O jejum prévio ao exame de glicemia não é indicado àqueles pacientes que estão em tratamento para o diabetes a fim de se evitar uma crise hipoglicêmica, assim o exame deve ser feito antes da próxima dose de insulina.
- No dia anterior ao exame, é recomendado que se evite exercícios físicos vigorosos assim como a ingestão de álcool ou cafeína em grande quantidade.

De acordo com **Roger Moreira**, a concentração elevada de glicose no sangue prejudica a cicatrização das feridas e deprime a função leucocitária. Os portadores de diabetes podem ter um risco absoluto 8% maior de apresentar infecção quando comparado à população geral e a taxa de hospitalização por diagnóstico de doença infecciosa é duas vezes maior, com alta mortalidade atribuída para a doença infecciosa nestes pacientes.



EXEMPLIFICANDO

Veja na tabela os valores de referência para glicemia (Fonte: Andrade, 2014)

CRITÉRIO DIAGNÓSTICO	GLICEMIA EM JEJUM (mínimo de 8 horas)	GLICEMIA 2h APÓS 75g DE GLICOSE	GLICEMIA CASUAL OU ALEATÓRIA
Glicemia normal	70-99	< 140	<200
Intolerância à glicose	100-125	≥ 140 e <200	-
Diabetes melito	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas

Os níveis de hemoglobina glicada (glicose que se ligou às hemácias no sangue) fornecem informações sobre a glicemia de longa duração, eficácia do controle terapêutico e risco de complicações. Ela informa a média ponderada dos níveis de glicemias nas últimas 6-8 semanas antes da dosagem.

Porcentagem de hemoglobina glicada	Glicemia média ponderada estimada nas últimas 6-8 semanas antes do teste (mg/dL)
6%	126
7%	154
8%	182
9%	211
10%	239
11%	267
12%	295



HORA DE
PRATICAR!

(PREFEITURA TABIRA-PE/ODONTÓLOGO/2012) Marque a alternativa que o paciente não deve realizar cirurgia por possível problema de cicatrização:

- a) Glicemia acima de 200
- b) Glicemia abaixo de 80
- c) Glicemia entre 80 e 100



- d) Glicemia controlada por medicamento
- e) Diabetes compensada

Comentários:

O nível de glicose em jejum acima de 126mg/mL ou pós-prandial (após ingestão de 75g de glicose) igual ou maior que 200mg/m devem ser encaminhados para avaliação médica. **A alternativa correta é a letra A.**

(AOC/EBSERH/CBMF/2014) Após anamnese, verificou-se que uma paciente, 45 anos, é diabética tipo 2 e precisa ser submetida a procedimento cirúrgico para extrações múltiplas. Assinale a alternativa correspondente ao exame indicado para fornecer informações sobre o perfil glicêmico desta paciente.

- a) Glicemia em jejum
- b) Teste de tolerância à glicose
- c) Dosagem de glicose sanguínea
- d) Hemoglobina glicada
- e) Glicemia pós-insulina

Comentários:

O perfil glicêmico (avaliação e controle da glicemia) é fornecido pelo teste de hemoglobina glicada (HbA1c), ele fornece os níveis médios da glicose sanguínea nos últimos 2 a 3 meses (em longo prazo). **A alternativa correta é a letra D.**



Exames da função hepática

A avaliação pré-operatória de pacientes com doença hepática é de suma importância para identificar possíveis alterações e controlá-las, diminuindo o risco cirúrgico.

São testes disponíveis para a avaliação da função hepática:

1) Aminotransferases ALT ou TGP (alanina aminotransferase) e AST ou TGO (aspartato amino- transferase):

- Estas enzimas são encontradas no coração, fígado e músculos esqueléticos.
- Aparecem aumentadas nos exames de pacientes com doença hepática.



Valor normais no sangue varia de 30-40 U/L.

Pequenos aumentos (2-3 vezes o valor de referência): podem apresentar-se com intoxicação hepática, hepatites virais crônicas, doenças do fígado relacionadas ao álcool, hepatites autoimunes, doenças biliares, doença hepática gordurosa não alcóolica (DHGNA).

Valores elevados (1000-2000 U/L): indicam hepatite viral aguda, dano isquêmico (morte celular por falta de suprimento sanguíneo no fígado), doenças biliares com obstrução aguda, doença de Wilson (doença do metabolismo do cobre).

2) Fosfatase Alcalina:

- Enzima presente no fígado, intestinos, ossos, rins, placenta, entre outros.
- Por ser um tipo de enzima relativamente inespecíficas, precisamos dosar outra enzima para confirmar que a alteração no valor do exame é proveniente do fígado (ex: gama-glutamiltranspeptidase ou a eletroforese de proteínas).

Valores de referência: entre 85-110 U/L em adultos.

O aumento em 3-10 vezes pode indicar: colestase, cirrose hepática e alguns tipos de hepatites .

Também pode estar aumentada em gestantes no terceiro trimestre de gestação, crianças e idosos.

3) Bilirrubina

- Forma-se pela degradação das moléculas de hemoglobina
- Auxilia na digestão de gordura.
- Está presente de forma indireta (ou não conjugada) no sangue e direta (ou conjugada) quando já passou pelo fígado e está pronta para atuar na digestão.

Dosagem da bilirrubina de forma total (indireta + direta) - 0,2 a 1,0 mg/dL

Dosagem indireta ou não-conjugada > do que 0,2 - 0,8 mg/dL, pode estar ligada à hemólise (destruição de hemácias).

A dosagem direta > 0,2 mg/d pode indicar colestase.

4) Albumina:

- Sintetizada no fígado
- Quando < 3,5-5,2 g/dL pode indicar hepatopatia.

Exames da função renal

A taxa de filtração glomerular (TFG) é uma das mais importantes ferramentas na análise da função renal. Ela é definida como o volume plasmático de uma substância que pode ser completamente filtrada pelos rins em uma determinada unidade de tempo.



ATENÇÃO PARA PROVA!

A TFG é o mais sensível e específico marcador de mudanças na função renal. Ela pode ser avaliada por biomarcadores como ureia, creatinina e cistatina C.



UREIA

É um composto orgânico produzido no fígado para eliminar a amônia e o nitrogênio do corpo, sendo 90% excretados pelos rins.

A ureia é um fraco preditor da TFG, pois outros fatores podem mudar seus valores plasmáticos sem ter relação com a função renal (ex: corticoides; baixa ingestão proteica; insuficiência hepática; desnutrição; sangramento gastrointestinal; pacientes com diminuição de volume extracelular - problemas cardíacos e desidratação).

A ureia é particularmente útil quando utilizada juntamente com a creatinina.

O exame de ureia exige 4 horas de jejum.

São valores normais: 15 a 45mg/dl³¹.

A razão ureia sérica/creatinina sérica em valor abaixo do esperado pode indicar: necrose tubular aguda, baixa ingestão de proteínas, condições de privação alimentar ou redução da síntese de ureia por insuficiência hepática.

Quando os níveis de creatinina se encontram dentro do valor de referência e os de ureia aumentados, podemos suspeitar de diminuição do fluxo sanguíneo renal, aumento na ingestão proteica, ou sangramento gastrointestinal.

Com valores de creatinina acima do valor normal, devemos suspeitar de processos obstrutivos pós-renais, como tumores ou estenose de vias urinárias.



EXAMES	VALORES REFERENCIAIS
GLICEMIA	<ul style="list-style-type: none"> » Hipoglicemia: abaixo de 65mg/dL » Normal: 65 - 99 mg/dL » Anormal, próximo ao limite: 99 - 140 mg/dL » Suspeito de diabetes: acima de 140 mg/dL » Diabetes: acima de 200 mg/dL
FUNÇÃO HEPÁTICA - AMINOTRANSFERASES ALT OU TGP / AST OU TGO	<ul style="list-style-type: none"> » Normal: 30-40 U/L » Intoxicação hepática, hepatites virais crônicas, doenças do fígado relacionadas ao álcool, hepatites autoimunes, doenças biliares, doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA): pequenos aumentos (2-3 vezes o valor de referência) » Hepatite viral aguda, dano isquêmico (morte celular por falta de suprimento sanguíneo no fígado), doenças biliares com obstrução aguda, doença de Wilson: aumentos elevados (1000-2000 U/L)
FUNÇÃO HEPÁTICA - FOSFATASE ALCALINA	<ul style="list-style-type: none"> » Normal: 85-110 U/L » Colestase, cirrose hepática, alguns tipos de hepatites: aumentos (2-10 vezes o valor de referência)
FUNÇÃO HEPÁTICA - BILIRRUBINAS	<ul style="list-style-type: none"> » Forma total (indireta + direta): 0,2 - 1,0 mg/dL » Forma indireta: 0,2 - 0,8 mg/dL » Forma direta: 0,0 - 0,2mg/dL » Forma indireta aumentada: hemólise » Forma direta aumentada: colestase
FUNÇÃO HEPÁTICA- ALBUMINA	<ul style="list-style-type: none"> » Normal: 3,5 -5,2 g/dL » Hepatopatias: níveis menores do que 3,5 -5,2 g/dL
FUNÇÃO RENAL – UREIA	<ul style="list-style-type: none"> » Normal: 15 a 45mg/dL » Diminuição do fluxo sanguíneo renal, aumento na ingestão proteica, sangramento gastrointestinal, processos obstrutivos pós-renais: níveis maiores do que 15 a 45mg/dL
FUNÇÃO RENAL - CREATININA	<ul style="list-style-type: none"> » Normal para homens: 0,7 - 1,3mg/dL » Normal para mulheres: 0,6 - 1,2mg/dL » Insuficiência renal, doenças musculares, ação de medicamentos (ex. anti-hipertensivos, antibióticos, ácido acetilsalicílico), dietas ricas em carne vermelha: valor acima do referencial » Gestação e doenças hepáticas: valor abaixo do referencial
FUNÇÃO RENAL - CISTATINA C	<ul style="list-style-type: none"> » Normal: 0,62 a 1,12 mg/L

Tah 03 Principais valores glicemia/função hepática/função renal



CITOLOGIA ESFOLIATIVA

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

A citologia esfoliativa tem como principal finalidade a **detecção de tumores malignos** (câncer).

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

Também pode ser utilizada para avaliação de:

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

São indicações (Fonte: Medicina Bucal - Boraks):

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



A citologia esfoliativa possui como vantagens:

- Facilidade de realização,
- Não necessitar de incisão ou anestesia
- Não ser invasiva ou traumática
- Não apresentar complicações após o procedimento
- Maior superfície de amostragem com maior índice de detecção de malignidade
- Diagnóstico rápido
- Melhor relação custo/benefício
- Os exames podem ser repetidos várias vezes, sem risco para o indivíduo
- Melhor aceitação por parte do paciente
- Podem ser aplicados a grandes populações em exames de triagem de câncer e de outras doenças
- Lesões de difícil acesso por biópsia podem ser alcançadas pelas diferentes técnicas de coleta citológica.

No entanto, ela apresenta limitações como:

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



De acordo com o método de coleta, o material a ser examinado pode ter as seguintes denominações:

citologia esfoliativa	
citologia abrasiva	
citologia por aspiração com agulha fina	
citologia por punção aspirativa	
citologia por imprint	
citologia de base líquida	

De

acordo com Sérgio Kignel a citologia esfoliativa e a abrasiva as células são coletadas por raspagem de superfícies cutâneas ou mucosas, utilizando-se instrumentos como espátulas ou escova. Na citologia por aspiração com agulha fina, as células são obtidas por aspiração sob pressão negativa através de agulha de calibre fino (calibre 22 ou menor- a citologia por punção aspirativa utiliza o mesmo método a diferença está no calibre utilizado para lesões intraósseas ou císticas). Na citologia por imprint, as células são coletadas por compressão ou printagem de lâminas de vidro sobre a superfície a ser examinada, a qual pode ser cutânea ou mucosa. Para a citologia de base líquida, o material coletado é acondicionado em frascos com líquido fixador adequado, independentemente de como foi realizada a coleta (no laboratório serão preparados os esfregaços após centrifugação para a concentração das células).

Algumas questões abordam os locais adequados para a realização dos exames, saiba que as áreas de necrose e hemorragia devem ser evitadas. Na coleta o cytobrush apresenta vantagens quanto à quantidade e à distribuição das células coletadas. Após a coleta, os fixadores líquidos garantem a melhor qualidade do material, podendo ser usado álcool a 95° ou 97° ou solução álcool 95°/éter em partes iguais (licor de Hoffman).



BIÓPSIA

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

Conceito: a palavra biópsia vem do latim (bio = vida) e do grego (opsis = observação), portanto a biópsia é a observação de um tecido vivo cuja finalidade é a observação macro e microscópica das alterações ocorridas diante de um processo patológico qualquer.

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



Indicações para biópsia:

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

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

O teste de Shedde utiliza o azul de toluidina e cora o local mais indicado para realizar a biópsia em uma lesão com suspeita de câncer.

TIPOS DE BIÓPSIA (em relação a quantidade de material retirado):

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

A biópsia pode ser realizada com bisturi, por agulha ou por escova (brush). A biópsia com a utilização de bisturi pode ser incisional ou excisional. A biópsia por agulha pode ser realizada com agulha de grosso calibre (14G), com agulha de fina (PAAF) ou com agulha "cortante" (BAC). Na PAAF a agulha é introduzida e retirada de forma repetida para coletar material de lesões em locais de difícil acesso ou próximas a estruturas importantes (para evitar lesão).

Você também pode encontrar o termo "punch" em alguma questão, vamos entender o que é?

O punch é um instrumento cilíndrico cortante para biópsia que penetra até a profundidade necessária para remoção de tecido. O corte proporcionado pelo bisel, promovendo a retirada de um cilindro extremamente uniforme em que é possível analisar todas as camadas teciduais sem comprometimento e dilaceração do tecido.

Agora alguns cuidados no procedimento de biópsia: para a anestesia da região a ser biopsiada é preferível o bloqueio anestésico pois a anestesia infiltrativa pode resultar em incorporação do anestésico no espécime cirúrgico (pode resultar em distorção da arquitetura celular do espécime). Quando for realizada a anestesia do tipo infiltrativa, o anestésico deve ser injetado a pelo menos 1 cm do perímetro da lesão (de forma periférica).

Outro cuidado a ser tomado é a forma de apreensão do espécime após a sua remoção: a peça não deve ser comprimida com a pinça. Após o procedimento, a peça deve ser armazenada em **formol a 10%** (considerado fixador universal), o volume no frasco deve ser de 10 a 20 vezes maior que o volume da peça. Saiba que o importante é a peça ficar totalmente imersa.

Silvio Boraks (2013) acrescenta que cuidados devem ser tomados em pacientes com suspeita de **melanoma** (tende a proliferar quando traumatizado e, por isso, em lesões de dimensões reduzidas, o autor aconselha a biópsia excisional com margem de segurança) e **hemangioma** (risco de sangramento de difícil hemostasia).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cirurgia oral e Maxilofacial. Hupp et al.; 5ª edição, 2009.

Cirurgia oral e Maxilofacial. Hupp et al.; 5ª edição, 2015.

Cirurgia Bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento. Roberto Prado e Martha Salim. 2004.

Princípios de Cirurgia de Peterson Bucomaxilofacial. Miloro et al., 2008.

Terapêutica Medicamentosa em Odontologia. Andrade, E.D.; 3ª ed., 2014.

Manejo odontológico do paciente clinicamente comprometido. Little et al., 2009.

Medicina Bucal: a prática na odontologia hospitalar. Paulo Sérgio da Silva Santos e Luiz Alberto Valente Soares Júnior, Ed. Santos, 2012.

Patologia oral e maxilofacial. Neville et al., 4ª ed, 2016.

Trabalho de conclusão de curso silicoes utilizados em próteses bucomaxilofaciais extraorais: uma revisão de literatura. Elis Ângela Batistella.

Terapias atuais em cirurgia bucomaxilofacial V Shahrokh C. Bagheri, R. Brian Bell, Husain Ali Khan; [Tradução de Bianca Tarrise da Fontoura ... et al.]. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

Kignel, Sergio Estomatologia : bases do diagnóstico para o clínico geral / Sergio Kignel. - 2. ed. - São Paulo: Santos, 2013.



QUESTÕES COMENTADAS

CLASSIFICAÇÃO ASA

1-(PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO OESTE-SC/CBMF/2014) De acordo com o sistema de classificação do estado físico da American Society of Anestesiologistas, um paciente com doença sistêmica grave que limita a atividade, como angina do peito estável por exemplo, mas não é incapacitante, deve ser classificado como um paciente:

- a) ASA II
- b) ASA IV
- c) ASA III
- d) ASA V

Comentários:

A alternativa A está errada. O paciente ASA II é portador de doenças moderada.

A alternativa B está errada. O paciente ASA IV é portador de doença sistêmica severa que está sob risco constante de morte.

A alternativa C está correta. O tratamento eletivo não está contraindicado, embora o paciente apresente um maior risco.

A alternativa D está errada. O paciente ASA V é um paciente em fase terminal.

2-(AOCP/EBSERH/CIRURGIÃO-DENTISTA/CBMF/2014) De acordo com a American Society of Anesthesiologists (ASA), um paciente ASA I será:

- a) portador de doença sistêmica moderada ou fatores de risco a sua saúde.
- b) portador de doença sistêmica severa, que limita as atividades, mas não é incapacitante.
- c) portador de doença sistêmica severa e incapacitante, que é uma constante ameaça à vida.
- d) normal, saudável, sem história de doença sistêmica.
- e) moribundo, de quem não se espera a sobrevivência por um período de 24 horas.

Comentários:

A letra A está errada. Característica do paciente ASA II



A letra B está errada. Característica do paciente ASA III

A letra C está errada. Característica do paciente ASA IV

A letra D está correta. De acordo com a Classificação Americana de Anestesiologistas (ASA) o paciente ASA I é considerado saudável e não apresenta anormalidades.

A letra E está errada. Característica do paciente ASA V

3-(IBFC - Prefeitura de São Gonçalo do Amarante - RN - Odontólogo Buco Maxilo Facial-2021) O sistema de classificação do paciente de risco perioperatório da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA) serve para ajudar a identificar fatores de risco que podem modificar os planos de tratamento e deve ser sempre usada, mesmo para procedimentos sob anestesia local. Sobre este assunto, assinale a alternativa correta.

- a) ASA IV – paciente com doenças sistêmicas moderadas
- b) ASA VI – paciente moribundo que não se espera que sobreviva sem cirurgia
- c) ASA III – paciente com doenças sistêmicas severas
- d) ASA I – paciente com morte encefálica e possível doador de órgãos

Comentários:

A letra A está incorreta. ASA IV – paciente com doenças sistêmicas severa ameaçadora à vida

A letra B está incorreta. ASA VI – paciente com morte cerebral

A letra C está correta. ASA III – paciente com doenças sistêmicas severas

A letra D está incorreta. ASA I – paciente saudável

4-(IBFC/PREF. BELO HORIZONTE/2014) De acordo com o sistema de Classificação do estado físico determinado pela American Society of Anesthesiologists (ASA), assinale a correta.

- a) Classe 2: Paciente com doença sistêmica grave sem limitações das atividades diárias
- b) Classe 3: Paciente com doença sistêmica leve, que limita a atividade
- c) Classe 4: Paciente com doença sistêmica incapacitante, a qual é uma ameaça constante à vida
- d) Classe 5: Paciente com morte cerebral, cujos órgãos estão sendo removidos para fins de doação

Comentários:



A letra C está correta.

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO DA ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE ANESTESIOLOGIA (ASA) ADAPTADA PARA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

ASA I	Paciente saudável que não apresenta anormalidades.
ASA II	Paciente com doença sistêmica moderada ou de menor tolerância que o ASA I. Apresenta maior grau de ansiedade ou medo ao tratamento odontológico.
ASA III	Paciente portador de doença sistêmica severa , que limita suas atividades.
ASA IV	Paciente acometido por doença sistêmica severa que é ameaçadora à vida . Apresenta alterações sistêmicas importantes para o planejamento do tratamento odontológico.
ASA V	Paciente em fase terminal , quase sempre hospitalizado, cuja expectativa de vida não é maior do que 24h, com ou sem cirurgia planejada.
ASA VI	Paciente com morte cerebral declarada, cujos órgãos serão removidos com propósito de doação.

EXAME DO PACIENTE

1-(URI/PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ÂNGELO/CIRURGIÃO-DENTISTA/2019) A avaliação dos sinais vitais durante o exame físico do paciente é essencial na primeira consulta. Os dados devem constar no prontuário clínico. Frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial sanguínea, medidas em repouso, devem ter como valores de referência para normalidade em pacientes adultos, respectivamente:

- a) 50 – 90bpm / 9-13min / sistólica <110mmHg, diastólica <70mmHg
- b) 60 – 100bpm / 14-18min / sistólica <120mmHg, diastólica <80mmHg
- c) 70 – 110bpm / 19-21min / sistólica <120mmHg, diastólica <80mmHg
- d) 80 – 120bpm / 22-26min / sistólica <110mmHg, diastólica <70mmHg

Comentários:

A alternativa que contempla os parâmetros de referência para frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial sanguínea é **a letra B**.

2-(IDHTE/PREFEITURA DEMARAGOGI-AL/CIRURGIÃO-DENTISTA/2019) Normalmente, em pessoas adultas, o batimento cardíaco vai de:

- a) 40 a 120 bpm
- b) 80 a 150 bpm
- c) 80 a 180 bpm



- d) 60 a 100 bpm
- e) 40 a 100 bpm

Comentários:

A frequência cardíaca considerada dentro dos parâmetros em adultos, em uma situação de repouso, vai de 60 a 100 bpm. **A letra que corresponde a resposta correta é a D.**

EXAMES COMPLEMENTARES

1-(CADAR/ODONTOPEDIATRIA/2017) Assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, o procedimento que permite a análise completa da mandíbula e maxila e o que analisa quadro histopatológico.

- a) Biópsia e Teste de coagulação.
- b) Teste de coagulação e Biópsia.
- c) Radiografia panorâmica e Biópsia.
- d) Radiografia panorâmica e Tempo de sangria.

Comentários:

No contexto radiográfico, existem circunstâncias nas quais é oportuna a solicitação de documentação radiográfica suplementar, tal como a radiografia panorâmica, que permite a visualização completa da mandíbula e maxila, sendo adequada para o diagnóstico de fraturas amplas, cistos e tumores do complexo maxilomandibular.

Biópsia – análise do quadro histopatológico.

Teste de coagulação – para os casos em que haja suspeita de discrasias sanguíneas, a fim de observar as deficiências plasmáticas de coagulação e atividade anticoagulante.

Tempo de sangria – exame a partir do qual se observa o tempo necessário para que ocorra a hemostasia sanguínea.

A letra C está correta.

2- (CADAR/ESTOMATOLOGIA/2014) A osteíte condensante é vista, frequentemente, em crianças e adultos jovens, mas também pode ocorrer em pessoas idosas. A alteração clássica consiste em uma zona localizada e, geralmente, uniforme de radiopacidade aumentada adjacente ao ápice de um dente que exibe um aumento do espaço do ligamento periodontal. A maioria dos casos ocorre nas regiões de pré-molares e



molares inferiores. A polpa dentária do dente envolvido apresenta pulpíte ou necrose. A lesão não exibe uma margem radiolúcida. O tratamento da osteíte condensante consiste em:

- a) biópsia incisional.
- b) biópsia excisional.
- c) prescrição de anti-inflamatório.
- d) resolução do foco da infecção odontogênica.

Comentários:

Pessoal, coloquei esta questão para revisar um conteúdo já ministrado pela professora Mirela, mas que agora veremos sob o ponto de vista dos livros de patologia. A resolução do foco da infecção odontogênica pode ser a extração ou tratamento endodôntico. O diagnóstico da osteíte é clínico, não sendo necessária a biópsia excisional nem incisional. A prescrição de anti-inflamatório não se refere ao tratamento desta doença. **A letra D está correta.**

3- (FUNDASUS/PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA/ESTOMATOLOGIA/2015) Referente ao processo diagnóstico, é INCORRETO afirmar que:

- a) a anamnese e o exame clínico são importantes no processo diagnóstico.
- b) o esfregaço citológico substitui a biópsia para obtermos um diagnóstico preciso na maioria dos casos.
- c) na biópsia excisional a lesão é removida por completo.
- d) o estabelecimento da comunicação com o paciente é, talvez, a parte mais importante durante a anamnese e o exame físico.
- e) examinar glândulas salivares e a cadeia de linfonodos de cabeça e pescoço fazem parte do exame físico do paciente.

Comentários:

A citologia esfoliativa tem como principal finalidade a detecção de tumores malignos, também auxilia no diagnóstico de doenças virais, bacterianas e fúngicas, mas não substitui a biópsia por não determinar o tipo de lesão maligna. **A alternativa correta é a letra B.**

4 - (FUNDASUS/PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA/ESTOMATOLOGIA/2015) Em relação ao procedimento de biópsia, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa com a sequência correta.

- () Deve-se acondicionar a peça cirúrgica em Formalina tamponada a 10%
- () Deve-se infiltrar o anestésico local diretamente na lesão.
- () Deve-se acondicionar a peça cirúrgica em soro fisiológico.

- a) F-F-V
- b) V-F-V



- c) V-V-F
- d) V-F-F
- e) F-V-F

Comentários:

Preferencialmente deve ser realizado o bloqueio anestésico, nos casos em que se realiza a técnica infiltrativa essa deve ser periférica ao tecido a ser biopsiado. **A alternativa correta é a letra D.**

5 - (CONSÓRCIO OESTE POTIGUAR- RN/CIRURGIÃO DENTISTA/2019) As biópsias estomatológicas podem ser descritas como um dos exames complementares que o cirurgião-dentista dispõe para estabelecer a confirmação da hipótese diagnóstica de uma lesão bucal. Quando esse profissional remove cirurgicamente toda a lesão, diz-se que o procedimento cirúrgico realizado foi biópsia

- a) exfoliativa
- b) incisional
- c) excisional
- d) citológica

Comentários:

A letra A está incorreta. A banca tentou realizar confusão com o termo citologia esfoliativa.

A letra B está incorreta. A biópsia incisional remove parte da lesão, um fragmento, e inclui tecido da lesão e normal.

A letra C está correta. A biópsia excisional é preferida para lesões pequenas.

A letra D está incorreta. O termo não se aplica.

6- (CADAR/ESTOMATOLOGIA/2014) São indicações de biópsia incisional, exceto:

- a) lesões extensas (> 3 cm).
- b) lesões de pequenas dimensões.
- c) manifestação bucal de doença sistêmica.
- d) lesões suspeitas de neoplasias malignas.

Comentários:

A biópsia excisional é indicada em lesões de pequenas dimensões. A alternativa **correta é a letra B.**

7-(QUESTÃO ADAPTADA) A utilização da aspiração por agulha fina é um método útil para avaliar:

- a) a presença de células benignas nas lesões dentro do seio maxilar



- b) a presença de células malignas em lesões nas mucosas (superfície) dentro da cavidade bucal
- c) a presença de células malignas nas lesões subcutâneas e profundas da face e pescoço
- d) a presença de células malignas dentro de lesões vasculares que estão localizadas no interior do osso

Comentários:

A alternativa **correta é a letra C**

8- (QUESTÃO ADAPTADA) A biópsia e o exame histopatológico são fundamentais para o diagnóstico precoce das lesões malignas que acometem a região maxilofacial, contribuindo sobremaneira para a melhora do prognóstico e instituição do tratamento adequado. Nesse contexto, as glândulas salivares maiores podem ser acometidas por diversas patologias, sendo os tumores malignos mais frequentes nas glândulas parótida e submandibular, respectivamente.

- a) carcinoma mucoepidermoide e adenoma pleomórfico
- b) carcinoma adenoide cístico e o carcinoma mucoepidermoide
- c) carcinoma mucoepidermoide e o carcinoma adenoide cístico
- d) adenoma pleomórfico e carcinoma adenoide cístico

Comentários:

A alternativa **correta é a letra C**

9- (QUESTÃO ADAPTADA) Assinale a alternativa que não apresenta indicação para se realizar uma biópsia:

- a) Alterações hiperkeratóticas persistentes na superfície dos tecidos
- b) Qualquer tumefação persistente, visível ou palpável sob tecido relativamente normal
- c) Qualquer lesão inflamatória que não responde ao tratamento local depois de 6 meses
- d) Lesões ósseas não identificadas especificamente por meio dos achados clínicos e radiográficos
- e) Lesões que interferem com a função local

Comentários:

A alternativa **correta é a letra C**

10- (QUESTÃO ADAPTADA) Assinale a alternativa incorreta com relação à citologia esfoliativa:

- a) Consiste no exame microscópico do material raspado da superfície da lesão da mucosa bucal
- b) Pode ser realizada em lesões profundas cobertas por mucosa sadia, lesões com mucosa superficial necrosada ou hiperqueratinizadas
- c) Possui a vantagem de ser rápido, o que diminui a ansiedade do paciente
- d) É um procedimento simples, não invasivo onde não há necessidade do uso da anestesia



e) Apresenta limitações, o que torna sua indicação bastante precisa, sendo útil no auxílio (triagem) do diagnóstico de tumores malignos e alguns processos inflamatórios

Comentários:

A alternativa **correta é a letra B**

11- (QUESTÃO ADAPTADA) A pinça que deve ser utilizada para apreender o tecido que será excisado em uma biópsia, é a pinça:

- a) Backhaus
- b) Kocher
- c) Alis
- d) Pean
- e) Colin

Comentários:

A alternativa **correta é a letra C**

12-(QUESTÃO ADAPTADA) Quando amplas áreas de mucosa precisam ser monitoradas para alterações displásicas como herpes e pênfigo podemos lançar mão de uma:

- a) Cauterização
- b) Aspiração
- c) Citologia esfoliativa
- d) Radiografia panorâmica

Comentários:

A alternativa **correta é a letra C**

13 - (CONSÓRCIO OESTE POTIGUAR- RN/CIRURGIÃO DENTISTA/2019) As biópsias estomatológicas podem ser descritas como um dos exames complementares que o cirurgião-dentista dispõe para estabelecer a confirmação da hipótese diagnóstica de uma lesão bucal. Quando esse profissional remove cirurgicamente toda a lesão, diz-se que o procedimento cirúrgico realizado foi biópsia

- a) exfoliativa
- b) incisional
- c) excisional
- d) citológica

Comentários:

A letra A está incorreta. A banca tentou realizar confusão com o termo citologia esfoliativa.

A letra B está incorreta. A biópsia incisional remove parte da lesão, um fragmento, e inclui tecido da lesão e normal.



A letra C está correta. A biópsia excisional é preferida para lesões pequenas.

A letra D está incorreta. O termo não se aplica.

14- (AMS/AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA/2014) Sobre a leucoplasia, considere as afirmativas a seguir.

- I. Persistência por vários anos, ocorrência em pacientes do gênero feminino e ocorrência em não fumantes são fatores que podem aumentar o risco de transformação maligna.
- II. O termo leucoplasia é estritamente clínico e não implica uma alteração tecidual histopatológica específica.
- III. A realização de biópsia é mandatória, e o resultado do exame histopatológico guiará o tratamento.
- IV. A maioria apresenta displasia epitelial, de moderada a severa, com vários graus de atipia celular.

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente as afirmativas I e II são corretas.
- b) Somente as afirmativas I e IV são corretas.
- c) Somente as afirmativas III e IV são corretas.
- d) Somente as afirmativas I, II e III são corretas.
- e) Somente as afirmativas II, III e IV são corretas.

Comentários:

Fatores como gênero feminino, idade avançada, não fumar, lesão persistente por vários anos, extensão da lesão e envolvimento ventrolateral da língua e assoalho.

O termo leucoplasia é estritamente clínico e sem implicação histopatológica, ou seja, sem alteração específica do tecido. Por definição leucoplasia é "uma placa ou mancha branca que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente como qualquer outra doença."

Apesar de leucoplasia representar apenas um termo clínico, a biópsia se faz necessária para obter um diagnóstico histopatológico e orientar o tratamento adequado.

A letra D está correta.

15- (CADAR/ESTOMATOLOGIA/2022) Associe as colunas relacionando os exames complementares às respectivas indicações.

Exames complementares



- (1) Biópsia
- (2) FTA-ABS
- (3) Coagulograma
- (4) Ultrassonografia

Indicações

- () Técnica de imunofluorescência indireta empregada em casos de suspeita de sífilis.
- () Parâmetro indicado para avaliação laboratorial inicial de paciente com distúrbios hemorrágicos.
- () Exame capaz de diferenciar doenças focais de doenças difusas em glândulas salivares maiores
- () Procedimento realizado em casos de lesões com suspeita de malignidade e em lesões intra-ósseas.

A sequência correta é:

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

Comentários:

Questão fácil, gabarito letra C.

▪



GABARITO

GABARITO



CLASSIFICAÇÃO ASA

1.C	2.D	3.C	4.C
-----	-----	-----	-----

EXAME DO PACIENTE

1.B	2.D
-----	-----

EXAMES COMPLEMENTARES

1.C	2.D	3.B	4.D	5.C	6.B
-----	-----	-----	-----	-----	-----

7.C	8.C	9.C	10.B	11.C	12.C
-----	-----	-----	------	------	------

13.C	14.D	15.D
------	------	------



QUESTÕES COMENTADAS- ASA

1-(PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO OESTE-SC/CBMF/2014) De acordo com o sistema de classificação do estado físico da American Society of Anestesiologista, um paciente com doença sistêmica grave que limita a atividade, como angina do peito estável por exemplo, mas não é incapacitante, deve ser classificado como um paciente:

- a) ASA II
- b) ASA IV
- c) ASA III
- d) ASA V

2-(AOCP/EBSERH/CIRURGIÃO-DENTISTA/CBMF/2014) De acordo com a American Society of Anesthesiologists (ASA), um paciente ASA I será:

- a) portador de doença sistêmica moderada ou fatores de risco a sua saúde.
- b) portador de doença sistêmica severa, que limita as atividades, mas não é incapacitante.
- c) portador de doença sistêmica severa e incapacitante, que é uma constante ameaça à vida.
- d) normal, saudável, sem história de doença sistêmica.
- e) moribundo, de quem não se espera a sobrevivência por um período de 24 horas.

3-(IBFC - Prefeitura de São Gonçalo do Amarante - RN - Odontólogo Buco Maxilo Facial-2021) O sistema de classificação do paciente de risco perioperatório da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA) serve para ajudar a identificar fatores de risco que podem modificar os planos de tratamento e deve ser sempre usada, mesmo para procedimentos sob anestesia local. Sobre este assunto, assinale a alternativa correta.

- a) ASA IV – paciente com doenças sistêmicas moderadas
- b) ASA VI – paciente moribundo que não se espera que sobreviva sem cirurgia
- c) ASA III – paciente com doenças sistêmicas severas
- d) ASA I – paciente com morte encefálica e possível doador de órgãos

4-(IBFC/PREF. BELO HORIZONTE/2014) De acordo com o sistema de Classificação do estado físico determinado pela American Society of Anesthesiologists (ASA), assinale a correta.

- a) Classe 2: Paciente com doença sistêmica grave sem limitações das atividades diárias



- b) Classe 3: Paciente com doença sistêmica leve, que limita a atividade
- c) Classe 4: Paciente com doença sistêmica incapacitante, a qual é uma ameaça constante à vida
- d) Classe 5: Paciente com morte cerebral, cujos órgãos estão sendo removidos para fins de doação

5-(IBAM - Instituto Brasileiro de Administração Municipal/ Prefeitura Municipal de São Lourenço-MG/Cirurgião Dentista/2023) A American Society of Anesthesiologists (Associação Americana de Anestesiologista) adota um sistema que classifica os pacientes com base no estado físico. A alternativa que apresenta uma relação correta entre o estado físico e classificação ASA é:

- a) As gestantes no último trimestre de gravidez são classificadas como ASA II.
- b) Pacientes com dor no peito ou falta de ar, enquanto sentados, sem atividade, são classificados como ASA V.
- c) Tabagistas, sem doença pulmonar obstrutiva crônica, são classificados como ASA III.
- d) Pacientes sob quimioterapia são classificados como ASA III.

6- (FUNDATEC/Prefeitura Municipal de Campo Bom -RS/Cirurgião Dentista/2023) O exame físico do paciente odontológico observa atentamente a cavidade oral e, em menor intensidade, toda região maxilofacial e faz parte de um conjunto denominado avaliação clínica. Os resultados da avaliação clínica são usados para atribuir uma classificação ao estado físico. Existem alguns sistemas de classificação, mas, geralmente, o mais usado é o sistema classificatório da American Society of Anesthesiologists (ASA). Conforme o sistema da ASA, assinale a alternativa que representa a classificação ASA IV.

- a) Paciente moribundo que provavelmente não sobreviverá sem a cirurgia.
- b) Paciente normal, saudável.
- c) Paciente com doença sistêmica grave que oferece risco de vida constante.
- d) Paciente com doença sistêmica leve ou com um significativo risco de saúde.
- e) Paciente com morte cerebral declarada que está passando por remoção de órgãos para doá-los.

7- (Instituto Consulplan/Polícia Militar do Rio Grande do Norte (PMRN)/Prótese dentária/2022)

A anamnese é uma etapa fundamental, sendo considerada a base da consulta odontológica inicial. Um dos fatores a serem verificados é o estado de saúde geral ou categoria de risco médico, como o adotado pela Associação Americana de Anestesiologistas (Classificação ASA para adultos). Considerando a classificação ASA, assinale a afirmativa INCORRETA.

- a) Pacientes sob quimioterapia ou último trimestre da gestação são enquadrados na ASA III.
- b) Esta classificação varia de I a VI, sendo a morte cerebral compatível com o grau máximo (ASA VI).



- c) Considera-se o paciente ASA IV como aquele acometido por doença sistêmica severa; contudo, sem nenhum risco iminente de morte.
- d) O paciente classificado como ASA I não apresenta nenhuma anormalidade quanto à história médica, com pouca ou nenhuma ansiedade.
- e) Apesar da necessidade de precauções no atendimento, um paciente ASA II apresenta risco muito baixo para complicações durante o atendimento.

8-(SELECON - Instituto Nacional de Seleções e Concursos /Pref. de Nova Mutum e do Serviço Autônomo de Água e Esgoto - SAAE -MT/Dentista/2022) Levando em consideração que o paciente que será submetido ao procedimento cirúrgico que envolva prescrição de antibióticos para a sua realização é do sexo feminino, da faixa etária de 25 anos e de classificação ASA 1, cabe ao profissional dentista:

- a) Solicitar que o paciente não ingira substâncias de teor alcoólico no pós-cirúrgico.
- b) Avaliar o paciente quanto ao uso contínuo de medicações anti-hipertensivas.
- c) Conversar com o paciente sobre o risco de hemorragia devido ao uso de anticoagulantes orais.
- d) Instruir o paciente quanto à concepção indesejada, devido à interação medicamentosa antibiótico/contraceptivo oral.



GABARITO

GABARITO



CLASSIFICAÇÃO ASA

1.C

2.D

3.C

4.C



QUESTÕES COMENTADAS – EXAME DO PACIENTE

1(FGV/FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais/Cirurgião Dentista/2023)

Semiologia é a ciência que estuda os métodos de exame clínico, pesquisa os sinais e os sintomas e os interpreta, reunindo os elementos necessários para construir o diagnóstico e presumir a evolução da enfermidade.

A esse respeito, analise as afirmativas a seguir e assinale (V) para a verdadeira e (F) para a falsa:

A semiotécnica investiga o mecanismo de formação dos sinais e sintomas com bases fisiopatológicas.

A semiogênese é o conjunto ordenado de métodos e manobras para a coleta dos sinais e sintomas.

A propedêutica clínica atribui valores aos achados coletados pela semiotécnica.

As afirmativas são, na ordem apresentada, respectivamente:

a) F - F - V.

b) V - V - F.

c) V - V - V.

d) F - V - V.

e) F - V - F.

2-(FGV/Assembléia Legislativa do Estado do Maranhão (ALEMA)/Dentista/2023) Ao realizar a consulta inicial para diagnóstico de um paciente com suspeita de envolvimento endodôntico, devemos realizar um minucioso exame físico que consiste das seguintes três etapas:

a) Avaliação geral do paciente, exame extrabucal e exame intrabucal.

b) Exame extrabucal, exame intrabucal e avaliação radiográfica.

c) Avaliação geral do paciente, exame intrabucal e avaliação radiográfica.

d) Avaliação geral do paciente, exame extrabucal e avaliação tomográfica.

e) Exame extrabucal, exame intrabucal e avaliação tomográfica.

3-(URI/PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ÂNGELO/CIRURGIÃO-DENTISTA/2019) A avaliação dos sinais vitais durante o exame físico do paciente é essencial na primeira consulta. Os dados devem constar no prontuário clínico. Frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão

5



arterial sanguínea, medidas em repouso, devem ter como valores de referência para normalidade em pacientes adultos, respectivamente:

- a) 50 – 90bpm / 9-13min / sistólica <110mmHg, diastólica <70mmHg
- b) 60 – 100bpm / 14-18min / sistólica <120mmHg, diastólica <80mmHg
- c) 70 – 110bpm / 19-21min / sistólica <120mmHg, diastólica <80mmHg
- d) 80 – 120bpm / 22-26min / sistólica <110mmHg, diastólica <70mmHg

4-(IDHTE/PREFEITURA DEMARAGOGI-AL/CIRURGIÃO-DENTISTA/2019) Normalmente, em pessoas adultas, o batimento cardíaco vai de:

- a) 40 a 120 bpm
- b) 80 a 150 bpm
- c) 80 a 180 bpm
- d) 60 a 100 bpm
- e) 40 a 100 bpm



GABARITO

GABARITO



EXAME DO PACIENTE

1.A

2.A

3.B

4.D



QUESTÕES COMENTADAS – EXAMES COMPLEMENTARES

1-(CADAR/ODONTOPEDIATRIA/2017) Assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, o procedimento que permite a análise completa da mandíbula e maxila e o que analisa quadro histopatológico.

- a) Biópsia e Teste de coagulação.
- b) Teste de coagulação e Biópsia.
- c) Radiografia panorâmica e Biópsia.
- d) Radiografia panorâmica e Tempo de sangria.

2- (CADAR/ESTOMATOLOGIA/2014) A osteíte condensante é vista, frequentemente, em crianças e adultos jovens, mas também pode ocorrer em pessoas idosas. A alteração clássica consiste em uma zona localizada e, geralmente, uniforme de radiopacidade aumentada adjacente ao ápice de um dente que exibe um aumento do espaço do ligamento periodontal. A maioria dos casos ocorre nas regiões de pré-molares e molares inferiores. A polpa dentária do dente envolvido apresenta pulpite ou necrose. A lesão não exibe uma margem radiolúcida. O tratamento da osteíte condensante consiste em:

- a) biópsia incisional.
- b) biópsia excisional.
- c) prescrição de anti-inflamatório.
- d) resolução do foco da infecção odontogênica.

3- (FUNDASUS/PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA/ESTOMATOLOGIA/2015) Referente ao processo diagnóstico, é INCORRETO afirmar que:

- a) a anamnese e o exame clínico são importantes no processo diagnóstico.
- b) o esfregaço citológico substitui a biópsia para obtermos um diagnóstico preciso na maioria dos casos.
- c) na biópsia excisional a lesão é removida por completo.
- d) o estabelecimento da comunicação com o paciente é, talvez, a parte mais importante durante a anamnese e o exame físico.
- e) examinar glândulas salivares e a cadeia de linfonodos de cabeça e pescoço fazem parte do exame físico do paciente.

4 - (FUNDASUS/PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA/ESTOMATOLOGIA/2015) Em relação ao procedimento de biópsia, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa com a sequência correta.



() Deve-se acondicionar a peça cirúrgica em Formalina tamponada a 10%

() Deve-se infiltrar o anestésico local diretamente na lesão.

() Deve-se acondicionar a peça cirúrgica em soro fisiológico.

a) F-F-V

b) V-F-V

c) V-V-F

d) V-F-F

e) F-V-F

5 - (CONSÓRCIO OESTE POTIGUAR- RN/CIRURGIÃO DENTISTA/2019) As biópsias estomatológicas podem ser descritas como um dos exames complementares que o cirurgião-dentista dispõe para estabelecer a confirmação da hipótese diagnóstica de uma lesão bucal. Quando esse profissional remove cirurgicamente toda a lesão, diz-se que o procedimento cirúrgico realizado foi biópsia

a) exfoliativa

b) incisional

c) excisional

d) citológica

6- (CADAR/ESTOMATOLOGIA/2014) São indicações de biópsia incisional, exceto:

a) lesões extensas (> 3 cm).

b) lesões de pequenas dimensões.

c) manifestação bucal de doença sistêmica.

d) lesões suspeitas de neoplasias malignas.

Comentários:

A biópsia excisional é indicada em lesões de pequenas dimensões. A alternativa **correta é a letra B.**

7-(QUESTÃO ADAPTADA) A utilização da aspiração por agulha fina é um método útil para avaliar:

a) a presença de células benignas nas lesões dentro do seio maxilar

b) a presença de células malignas em lesões nas mucosas (superfície) dentro da cavidade bucal

c) a presença de células malignas nas lesões subcutâneas e profundas da face e pescoço

d) a presença de células malignas dentro de lesões vasculares que estão localizadas no interior do osso



8- (QUESTÃO ADAPTADA) A biópsia e o exame histopatológico são fundamentais para o diagnóstico precoce das lesões malignas que acometem a região maxilofacial, contribuindo sobremaneira para a melhora do prognóstico e instituição do tratamento adequado. Nesse contexto, as glândulas salivares maiores podem ser acometidas por diversas patologias, sendo os tumores malignos mais frequentes nas glândulas parótida e submandibular, respectivamente.

- a) carcinoma mucoepidermoide e adenoma pleomórfico
- b) carcinoma adenoide cístico e o carcinoma mucoepidermoide
- c) carcinoma mucoepidermoide e o carcinoma adenoide cístico
- d) adenoma pleomórfico e carcinoma adenoide cístico

9- (QUESTÃO ADAPTADA) Assinale a alternativa que não apresenta indicação para se realizar uma biópsia:

- a) Alterações hiperkeratóticas persistentes na superfície dos tecidos
- b) Qualquer tumefação persistente, visível ou palpável sob tecido relativamente normal
- c) Qualquer lesão inflamatória que não responde ao tratamento local depois de 6 meses
- d) Lesões ósseas não identificadas especificamente por meio dos achados clínicos e radiográficos
- e) Lesões que interferem com a função local

10- (QUESTÃO ADAPTADA) Assinale a alternativa incorreta com relação à citologia esfoliativa:

- a) Consiste no exame microscópico do material raspado da superfície da lesão da mucosa bucal
- b) Pode ser realizada em lesões profundas cobertas por mucosa sadia, lesões com mucosa superficial necrosada ou hiperqueratinizadas
- c) Possui a vantagem de ser rápido, o que diminui a ansiedade do paciente
- d) É um procedimento simples, não invasivo onde não há necessidade do uso da anestesia
- e) Apresenta limitações, o que torna sua indicação bastante precisa, sendo útil no auxílio (triagem) do diagnóstico de tumores malignos e alguns processos inflamatórios

11- (QUESTÃO ADAPTADA) A pinça que deve ser utilizada para apreender o tecido que será excisado em uma biópsia, é a pinça:

- a) Backhaus
- b) Kocher
- c) Alis
- d) Pean
- e) Colin



12-(QUESTÃO ADAPTADA) Quando amplas áreas de mucosa precisam ser monitoradas para alterações displásicas como herpes e pênfigo podemos lançar mão de uma:

- a) Cauterização
- b) Aspiração
- c) Citologia esfoliativa
- d) Radiografia panorâmica

13 - (CONSÓRCIO OESTE POTIGUAR- RN/CIRURGIÃO DENTISTA/2019) As biópsias estomatológicas podem ser descritas como um dos exames complementares que o cirurgião-dentista dispõe para estabelecer a confirmação da hipótese diagnóstica de uma lesão bucal. Quando esse profissional remove cirurgicamente toda a lesão, diz-se que o procedimento cirúrgico realizado foi biópsia

- a) exfoliativa
- b) incisional
- c) excisional
- d) citológica

14- (AMS/AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA/2014) Sobre a leucoplasia, considere as afirmativas a seguir.

- I. Persistência por vários anos, ocorrência em pacientes do gênero feminino e ocorrência em não fumantes são fatores que podem aumentar o risco de transformação maligna.
- II. O termo leucoplasia é estritamente clínico e não implica uma alteração tecidual histopatológica específica.
- III. A realização de biópsia é mandatória, e o resultado do exame histopatológico guiará o tratamento.
- IV. A maioria apresenta displasia epitelial, de moderada a severa, com vários graus de atipia celular.

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente as afirmativas I e II são corretas.
- b) Somente as afirmativas I e IV são corretas.
- c) Somente as afirmativas III e IV são corretas.
- d) Somente as afirmativas I, II e III são corretas.
- e) Somente as afirmativas II, III e IV são corretas.



15- (CADAR/ESTOMATOLOGIA/2022) Associe as colunas relacionando os exames complementares às respectivas indicações.

Exames complementares

- (1) Biópsia
- (2) FTA-ABS
- (3) Coagulograma
- (4) Ultrassonografia

Indicações

- () Técnica de imunofluorescência indireta empregada em casos de suspeita de sífilis.
- () Parâmetro indicado para avaliação laboratorial inicial de paciente com distúrbios hemorrágicos.
- () Exame capaz de diferenciar doenças focais de doenças difusas em glândulas salivares maiores
- () Procedimento realizado em casos de lesões com suspeita de malignidade e em lesões intra-ósseas.

A sequência correta é:

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



GABARITO

GABARITO



EXAMES COMPLEMENTARES

1.C	2.D	3.B	4.D	5.C	6.B
7.C	8.C	9.C	10.B	11.C	12.C
13.C	14.D	15.D			



RESUMO

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO DA ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE ANESTESIOLOGIA (ASA) ADAPTADA PARA CLÍNICA ODONTOLÓGICA	
ASA I	Paciente saudável que não apresenta anormalidades.
ASA II	Paciente com doença sistêmica moderada ou de menor tolerância que o ASA I. Apresenta maior grau de ansiedade ou medo ao tratamento odontológico.
ASA III	Paciente portador de doença sistêmica severa , que limita suas atividades.
ASA IV	Paciente acometido por doença sistêmica severa que é ameaçadora à vida . Apresenta alterações sistêmicas importantes para o planejamento do tratamento odontológico.
ASA V	Paciente em fase terminal , quase sempre hospitalizado, cuja expectativa de vida não é maior do que 24h, com ou sem cirurgia planejada.
ASA VI	Paciente com morte cerebral declarada, cujos órgãos serão removidos com propósito de doação.

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO ASA	
ASA I	Risco mínimo de complicações durante tratamento dentário.
ASA II	Risco mínimo de complicações durante o tratamento. Pode exigir certas modificações no plano de tratamento. Recomenda-se a troca de informações com o médico, protocolo de sedação mínima, redução da duração das consultas.
ASA III	Tratamento eletivo não está contraindicado, embora este paciente apresente um maior risco durante o procedimento.
ASA IV	Procedimentos eletivos devem ser postergados até que o paciente retorne à categoria ASA III. Urgências odontológicas, como dor e infecção, devem ser tratadas da maneira mais conservadora possível. Pulpectomia ou exodontia devem ser realizadas em ambiente hospitalar.
ASA V	Procedimentos eletivos estão contraindicados . Urgências odontológicas podem receber tratamento paliativo para alívio da dor.
ASA VI	Não há indicação para tratamento odontológico de qualquer espécie.





DESPENCA NA
PROVA!

ASA II

- ⇒ paciente extremamente ansioso, com história de episódios de mal-estar ou desmaio no consultório;
- ⇒ primeiros dois trimestres de gestação;
- ⇒ hipertensão arterial controlada com medicação;
- ⇒ diabético tipo II, controlado com dieta e/ou medicamentos;

ASA III

- ⇒ obesidade mórbida;
- ⇒ último trimestre de gestação;
- ⇒ diabético tipo I (usuário de insulina), com doença controlada;
- ⇒ história de infarto do miocárdio, ocorrido há mais de 6 meses, mas ainda com sintomas (p. ex., dor no peito ou falta de ar).

ASA IV

- ⇒ história de infarto do miocárdio ou acidente vascular encefálico, no período dos últimos 6 meses,



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

Os sintomas podem ser:

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

Indiretos ou secundários: oriundos de alguma perturbação funcional

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

Sinal patognomônico: é um achado exclusivo de uma doença que indica, de uma maneira quase absoluta sua existência. Ex: dentes de Hutchinson na sífilis congênita, bolhas hemorrágicas que surgem logo após o trauma características do pênfigo vulgar (sinal de Nikolsky).

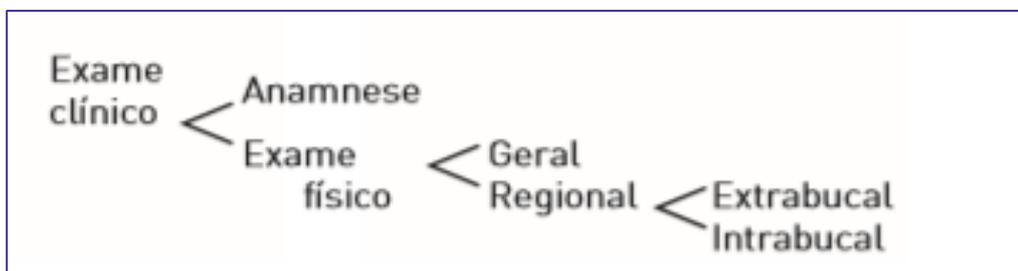
Sinal prodrômico/preditivo/premonitórios: são sinais pelos quais o paciente percebe que desenvolverá alguma patologia.

Ex: o herpes labial recorrente tem como sintomas prodrômicos a sensação de queimação ou formigamento da mucosa na área afetada

Síndrome: (do grego syndromos, significando "que correm juntos, que acompanham") é o conjunto de sinais e de sintomas comuns a determinada doença que se relacionam entre si por uma particularidade anatômica, física ou bioquímica.

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

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





O exame físico deve ser realizado de forma **extraoral** e **intraoral**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OUTRAS MANOBRAS UTILIZADAS SÃO:



Punção — remoção de líquido do interior da lesão. Da mesma forma que a punção pode demonstrar a presença de sangue, saliva, líquido cístico, pus ou conteúdo semissólido, após a punção pode ocorrer pressão negativa e não aparecer líquido ou semissólido (nesses casos a lesão tem conteúdo sólido ou não tem conteúdo algum).

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

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

Entenda as diferenças observadas durante a **palpação dos linfonodos**:

LINFONODOS NORMAIS

- Do tamanho de um grão de lentilha
- Geralmente não são palpáveis

LINFONODOS INFLAMATÓRIOS (Linfadenite)

- Doloridos à palpação
- Macios e fibroelásticos (pouco consistente)
- Superfície lisa

LINFONODOS NEOPLÁSICOS

- Indolor
- Superfície irregular
- Duros e fixos
- Consistentes

Como deve ser feito o exame dos linfonodos?

- **Linfonodos parotídeos, mastoídeos e occipitais:** com as duas mãos e de forma simultânea;
- **Linfonodos cervicais superficiais:** com os dedos, de forma suave, podem ser comprimidos contra o músculo esternocleidomastoídeo;
- **Linfonodos submentonianos:** o paciente deve inclinar a cabeça para frente, o dentista deve deslizar os dedos contra a parte interna da mandíbula;
- **Linfonodos submandibulares:** o paciente deve inclinar a cabeça para o lado a ser examinado;
- **Linfonodos parafaríngeos e traqueais:** são examinados pressionando-os contra a traqueia (de forma suave).



O linfonodo jugulodigástrico é o linfonodo mais envolvido em infecções amigdalianas e câncer bucal



ÁREA	LINFONODO DRENADO
Escalpe, região temporal	Parótida superficial (auricular anterior)
Escalpe, região posterior	Occipital
Escalpe, região parietal	Mastoide
Orelha, externa	Parte superior sobre cervical superficial do músculo esternocleidomastoideo
Orelha, centro	Parotídeo
Acima do ângulo da mandíbula	Parte superior sobre cervical superficial do músculo esternocleidomastoideo
Parte medial da região frontal, pálpebras mediais, pele do nariz	Submandibular
Parte lateral da região frontal, parte lateral das pálpebras	Parotídeo
Bochecha	Submandibular
Lábio superior	Submandibular
Lábio inferior	Submentoniano
Lábio inferior, parte lateral	Submandibular
Gengiva inferior	Submandibular
Dentes superior	Cervical profundo
Gengiva superiores	Cervical profundo
Ponta da língua	Submentoniano
Língua, dois terços anteriores	Submandibular, alguns atravessam a linha média da drenagem linfática
Língua, terço posterior	Cervical profundo
Ventre da língua	Cervical profundo
Soalho de boca	Submandibular
Palato duro	Cervical profundo
Palato mole	Retrofaringeano e cervical profundo
Tonsila	Jugulodigástrico

Tabela extraída de Scully (2009)

Vamos adotar um resumo fornecido pelo livro de Scully (2009) sobre as principais áreas de drenagem linfática de interesse odontológico (acredito que facilite o estudo e memorização):



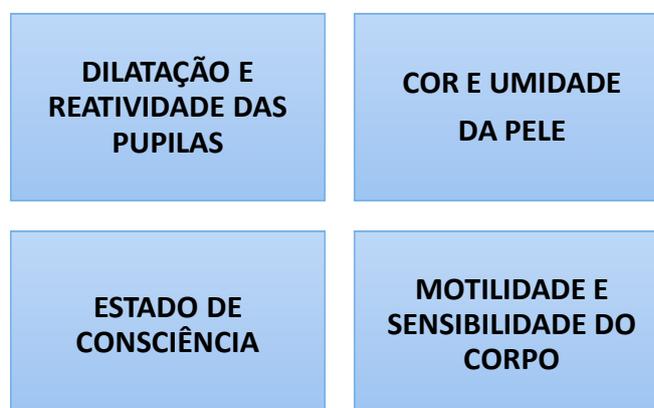
- **Submandibular:** Bochecha, lábio superior, parte lateral do lábio inferior, soalho bucal, 2/3 anteriores da língua e gengiva inferior
- **Submentoniano:** Lábio inferior e ponta da língua
- **Cervical profundo:** Dentes superiores, gengiva superior, 1/3 posterior da língua, ventre lingual, palato duro e palato mole

SINAIS VITAIS:

De acordo com o professor Andrade (2014), a avaliação dos sinais vitais faz parte do exame físico, sendo **imprescindível** durante a consulta odontológica inicial. Devemos mensurar os sinais vitais para estabelecer os valores normais de base do indivíduo e identificar anormalidades.



SINAIS DE APOIO



DECORE OS PARÂMETROS

Frequência cardíaca (FC), em repouso, em função da idade.

Idade	Bpm
Bebês	100-170
Crianças de 2-10 anos	70-120
Crianças > 10 anos e adultos	60-100

Fonte: Andrade, 2014.

Frequência respiratória (FR), em repouso, em função da idade

Idade	FR/min
Bebês	30-40
1-2 anos	25-30
2-8 anos	20-25
8-12 anos	18-20
Adultos	14-18

Fonte: Andrade, 2014.

CATEGORIA	PA SISTÓLICA (mmHg)	PA DIASTÓLICA (mmHg)
NORMAL	< 120	< 80
PRÉ-HIPERTENSÃO	120 - 139	80 – 89
HIPERTENSÃO ESTÁGIO 1	140 – 159	90 – 99
HIPERTENSÃO ESTÁGIO 2	≥ 160	≥ 100

RELEMBRE AS CONDUZAS SEREM SEGUIDAS CONFORME OS VALORES PRESSÓRICOS (ANDRADE 2014)

ASA II => hipertensão no estágio 1 => pressão arterial controlada ou situada nos limites até 160/100mmHg - **PODE SER SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS ELETIVOS OU DE URGÊNCIA**

ASA II => hipertensão no estágio 2 => pressão arterial atingindo níveis > 160/100 mm Hg, mas ainda sem ultrapassar 180/110mmHg - **PROCEDIMENTOS ELETIVOS CONTRAINDICADOS**

ASA III => hipertensão severa, “assintomática” => pressão arterial em níveis > 180/110mmHg, mas ainda sem apresentar sintomas – **TODO E QUALQUER PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO ESTÁ CONTRAINDICADO**

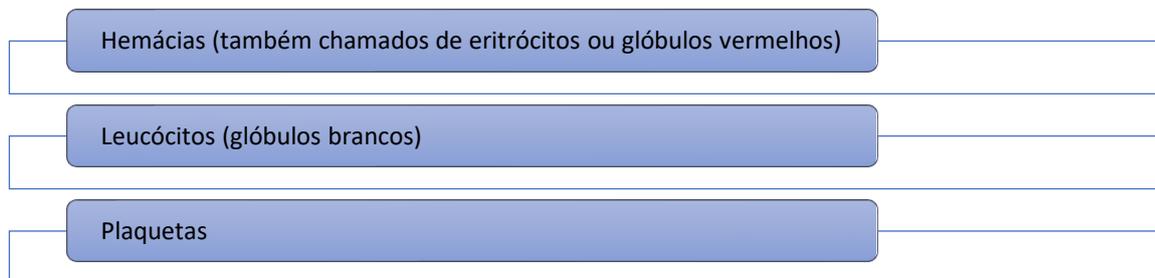


EXAMES LABORATORIAIS

EXAMES LABORATORIAIS

Os exames laboratoriais são complementos importantes na avaliação do paciente e no diagnóstico de distúrbios sistêmicos. Mas atenção: eles não substituem uma anamnese cuidadosa e um excelente exame físico.

Um **hemograma completo** fornece informações sobre:



O hemograma é o exame mais solicitado e tem como vantagens:

- Ser um exame de fácil realização
- Fornece muitas informações
- Possui um custo acessível

São parâmetros analisados no eritrograma:

- Contagem de eritrócitos (E)
- Dosagem de hemoglobina (Hgb)
- Hematócrito (Hct)
- Volume corpuscular médio (VCM)
- Hemoglobina corpuscular média (HCM)
- Concentração de hemoglobina corpuscular média (CHCM)
- Índice de anisocitose eritrocitária (RDW)

IMPORTANTE PARA PROVA:

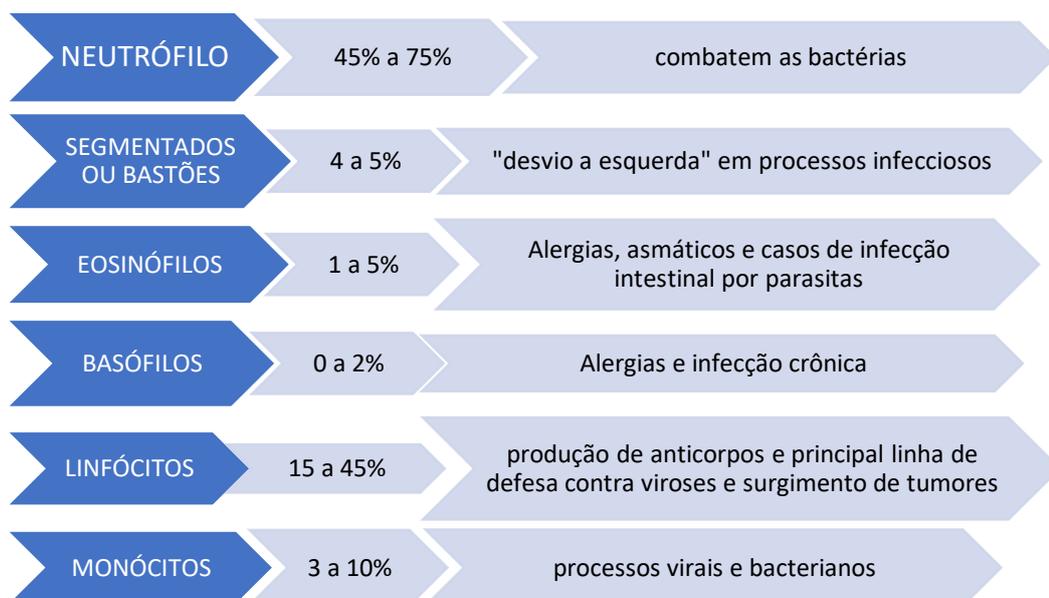
- A contagem de hemoglobina é o melhor parâmetro para informar a existência de anemia em um paciente.
- A anemia ferropriva (deficiência de ferro) provoca uma diminuição na capacidade de transporte do oxigênio
- Um paciente com anemia pode ter um maior risco de infecção local se fizer procedimentos cirúrgicos
- O hematócrito nos informa o percentual do sangue ocupado pelos eritrócitos. Por exemplo, um hematócrito de 45% significa que 45% do sangue é "ocupado" por eritrócitos.



DECORE PARA A PROVA A AVALIAÇÃO DO RISCO:

BAIXO RISCO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS = hematócrito superior a 30% e valor de hemoglobina acima de 10 g/dL, ou com histórico de anemia e hematócrito normal (podem apresentar-se assintomáticos)

ALTO RISCO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS = hematócrito abaixo de 30% e taxa de hemoglobina menor 10 g/dL são de alto risco (podem apresentar-se com quadros de sangramento e doenças crônicas associadas). Nos casos de alto risco devemos adiar os procedimentos cirúrgicos



CONTAGEM DE PLAQUETAS E COAGULOGRAMA

Contagem de plaquetas: 150.000 a 450.000/mm³.

Contagem de plaquetas < 140.000 => trombocitopenia.

Contagem de plaqueta < 100.000 células/mm³ => pode ocorrer sangramento acima do normal.

Contagem de plaquetas entre 600.000 e 1 milhão de células/mm ou mais = trombocitose (aumenta-se o risco de trombose).



COMPÕEM O COAGULOGRAMA:



VAMOS ENTENDER CADA UM?

1) Tempo de sangramento (TS): quantifica o tempo em que o sangramento provocado por uma incisão cutânea leva até parar espontaneamente pela formação do tampão hemostático temporário, fornecendo informações sobre a suficiência do número de plaquetas e da função plaquetária. Normalmente, mantém-se entre 3 a 7 minutos, mesmo quando as plaquetas se encontram diminuídas, porém acima do limite de 100.000/mm. Em pacientes com anormalidades nas plaquetas o tempo de sangramento é aumentado, incorrendo em risco para a realização de cirurgias.

2) Tempo de coagulação (TC): O TC normal é cerca de 3 a 9 minutos, no entanto é um teste de baixa sensibilidade e de reprodutibilidade muito variável. Costuma ser substituído pelo tempo de tromboplastina parcial ativado, que fornece um resultado fidedigno das alterações de via intrínseca.

3) Tempo de Protrombina (TP) ou Tempo de atividade de Protrombina (TAP): o TP normal varia de 11 a 15 segundos realizado para medir o tempo necessário para a formação da fibrina. Um TP normal está relacionado a níveis normais de fator VII e dos fatores comuns às vias intrínsecas e extrínsecas (V, X, protrombina e fibrinogênio). O aumento no tempo de protrombina pode estar associado a uma coagulação e a um sangramento pós-operatório anormal. O prolongamento de menos de um e meio do valor-controle (até 16,5 segundos) geralmente não está associado às desordens hemorrágicas graves, ao passo que um aumento maior deste tempo pode resultar em sangramento grave.

4) Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPa): o TTPa normal é geralmente de 25 a 40 segundos. Avalia a eficiência da via intrínseca na mediação da formação do coágulo de fibrina. Um prolongamento de 5 a 40 segundos acima do limite normal pode estar associado a anormalidades hemorrágicas leves. Um aumento maior ainda pode estar associado a um sangramento significativo



5) Índice de Normalização Internacional (INR ou NRI): o uso de anticoagulantes orais é avaliado somente pelo INR.

INR entre 0,9 a 1,0: pacientes que não utilizam qualquer tipo de antiagregante plaquetário, anticoagulante oral ou não são hepatopatas.

INR < 2,0: pacientes anticoagulados, informa quando eles estão insuficientemente anticoagulados para a sua patologia, mas com baixo risco de hemorragias incontroláveis para exodontias ou cirurgia bucal de pequeno porte.

INR entre 2,0 e 3,0: os pacientes estão adequadamente anticoagulados para a sua patologia, mas com médio risco de hemorragias incontroláveis mesmo para exodontias ou cirurgia bucal de pequeno porte.

INR > 3,0 ou 3,5: os pacientes estão supra anticoagulados para sua patologia e apresentam alto risco de hemorragias incontroláveis mesmo para exodontias ou cirurgia bucal de pequeno porte.

A cirurgia bucal de pequeno porte pode ser programada em ambulatório, sem necessidade de modificação do tratamento com anticoagulante oral, desde que o INR seja igual ou inferior a 3, com a utilização concomitante de técnicas hemostáticas locais.

Atenção: o dentista não deve interromper o uso de anticoagulantes sem conversar com o médico antes!

Hupp et al (2021): na manhã da cirurgia, o valor do INR deve ser checado; se ele estiver entre dois e três INR, a cirurgia bucal habitual pode ser realizada. Se o TP ainda estiver maior que 3 INR, a cirurgia deve ser adiada até que o TP se aproxime de 3 INR.

Miloro et al. (2016): para intervenções cirúrgicas de pequeno porte, como extrações e retirada cirúrgica de dentes, a manutenção da varfarina quando a INR é inferior a 3 ou 3,5 parece apropriada, tendo em vista o potencial de complicações embólicas significativas se a varfarina for suspensa. É essencial a instituição de medidas hemostáticas locais durante a intervenção cirúrgica e elas devem ser combinadas com a administração pós-operatória de ácido tranexânico ou EACA.

Andrade (2014): pacientes com $INR \leq 3,5$ não necessitam de suspensão ou modificação da posologia para realização de exodontias não complicadas. Nos casos de $INR \geq 3,5$ recomenda-se avaliação médica, para possível ajuste da medicação.



AGORA VEJA ESTE SUPER RESUMO COM OS VALORES DE REFERÊNCIA!

EXAMES	VALORES REFERENCIAIS
TEMPO DE PROTROMBINA ATIVADA (TAP)	10 a 14 segundos
TEMPO DE PROTROMBINA PARCIALMENTE ATIVADA (TTPA)	24 a 40 segundos
TEMPO DE SANGRAMENTO	1 a 4 minutos
TEMPO DE COAGULAÇÃO	4 a 10 minutos
ÍNDICE DE NORMALIZAÇÃO INTERNACIONAL (INR)	Normal: 0,9 a 1,0 Baixo risco INR < 2,0 Médio risco INR entre 2,0 e 3,0 Alto risco INR > 3,0

Nos casos de suspeita de problemas de coagulação ou em cirurgias com maior risco de sangramento se faz necessária esta dosagem de plaquetas.

Tempo de protrombina e RNi são solicitados para **avaliação da atividade da via extrínseca e da via final comum**

Tempo de tromboplastina parcial ativada é solicitada para **avaliação da via intrínseca e da via final comum**

GLICEMIA

valores de referência para glicemia (Fonte: Andrade, 2014)

CRITÉRIO DIAGNÓSTICO	GLICEMIA EM JEJUM (mínimo de 8 horas)	GLICEMIA 2h APÓS 75g DE GLICOSE	GLICEMIA CASUAL OU ALEATÓRIA
Glicemia normal	70-99	< 140	<200
Intolerância à glicose	100-125	≥ 140 e <200	-
Diabetes melito	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas

Os níveis de hemoglobina glicada (glicose que se ligou às hemácias no sangue) fornecem informações sobre a glicemia de longa duração, eficácia do controle terapêutico e risco de complicações. Ela informa a média ponderada dos níveis de glicemias nas últimas 6-8 semanas antes da dosagem.



Percentagem de hemoglobina glicada	Glicemia média ponderada estimada nas últimas 6-8 semanas antes do teste (mg/dL)
6%	126
7%	154
8%	182
9%	211
10%	239
11%	267
12%	295

CITOLOGIA ESFOLIATIVA

A citologia esfoliativa tem como principal finalidade a **detecção de tumores malignos** (câncer).

São indicações (Fonte: Medicina Bucal - Boraks):

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

A citologia esfoliativa possui como vantagens:

- Facilidade de realização,
- Não necessitar de incisão ou anestesia
- Não ser invasiva ou traumática
- Não apresentar complicações após o procedimento
- Maior superfície de amostragem com maior índice de detecção de malignidade
- Diagnóstico rápido
- Melhor relação custo/benefício
- Os exames podem ser repetidos várias vezes, sem risco para o indivíduo
- Melhor aceitação por parte do paciente
- Podem ser aplicados a grandes populações em exames de triagem de câncer e de outras doenças
- Lesões de difícil acesso por biópsia podem ser alcançadas pelas diferentes técnicas de coleta citológica.



No entanto, ela apresenta limitações como:

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

BIÓPSIA

Indicações para biópsia:

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

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

TIPOS DE BIÓPSIA (em relação a quantidade de material retirado):

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





ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

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



1

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



2

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



3

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



4

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



5

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



6

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



7

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



8

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



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