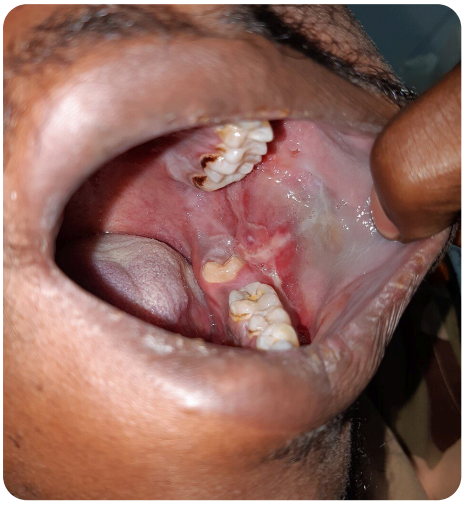
ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

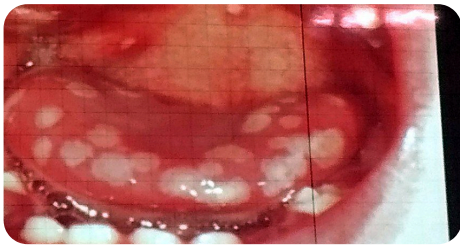
Guia de estudo *completo* para a prova

As 5 aulas da Profa. Dra. Heloísa Vieira Prado organizadas e explicadas, com fotos clínicas reais, mapas mentais, pegadinhas de prova, receitas, **65 questões comentadas**, **76 flashcards** e checklists que salvam seu progresso.

- Deficiência auditiva e visual
- Comportamento e desvios psíquicos
- Infecciosas e autoimunes
- Paciente oncológico
- Idoso e gestante

Versão PDF · A versão interativa (quiz que corrige, flashcards, checklist com progresso) está no site.



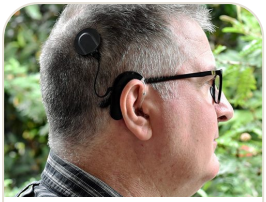





ÍNDICE

5 módulos, em sequência

Leia na ordem. Cada módulo termina com **mapa mental**, **checklist** e **questões**. Seu progresso fica salvo neste aparelho.



MÓDULO 1

Deficiência auditiva e visual



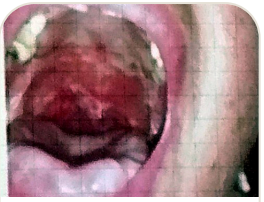
MÓDULO 2

Comportamen e desvios psíquicos



MÓDULO 3

Infecciosas e autoimunes



MÓDULO 4

Paciente oncológico



MÓDULO 5

Idoso e gestante

MÓDULO 1 · AULA 8 · 29/09

Alterações sensoriais: deficiência auditiva e visual

Fisiologia dos sentidos · Deficiência auditiva (etiologia, classificação, tipos e síndromes) · Deficiência visual · Surdocegueira · Formas de comunicação · Ref.: Varellis, *O Paciente com Necessidades Especiais na Odontologia*, 3ª ed., cap. 45.



EM 30 SEGUNDOS

- Na falta de um sentido, os outros ficam **mais aguçados** (compensação): cegos têm tato mais apurado; surdos dominam melhor o campo visual.
- **Comunicação é a ferramenta-chave**: o cirurgião-dentista precisa encontrar um **elo de comunicação** com o paciente.
- Perda auditiva: **condutiva** (orelha externa/média, corrigível), **neurossensorial** (cóclea/VIII par, irreversível → implante coclear), **mista** e **central** (processamento no SNC).
- Graus por audiometria: **leve 26–40 dB · moderada 41–55 · grave 56–70 · profunda ≥71.**
- Bengala **branca = cego**, **verde = baixa visão**, **vermelha e branca = surdocego**.

1. Fisiologia dos sentidos

Os **nervos locais conduzem ao cérebro os impulsos nervosos** provocados por um estímulo. O cérebro processa esses impulsos, e daí vem a capacidade de distinguir percepções diversas:

VISÃO

Os olhos interpretam as informações visuais.

AUDIÇÃO

Os ouvidos captam a vibração do som e **controlam o equilíbrio**.

OLFATO

O nariz responde a diferentes odores.

TATO

Os nervos sensoriais da pele captam contato físico, tato, temperatura e dor.

Alteração sensorial

É a **redução na capacidade de receber um estímulo** por qualquer um dos sentidos.

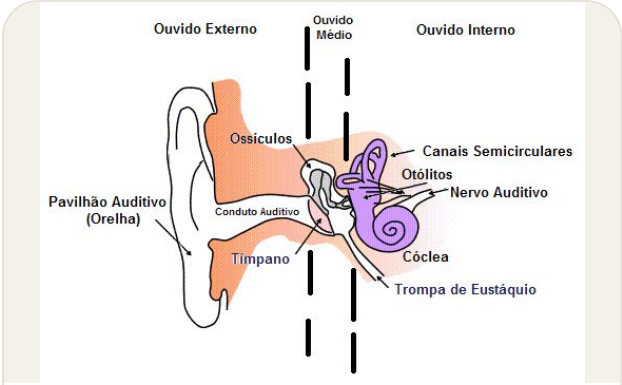
FALTA	COMPENSAÇÃO	SUPERAÇÃO
um sentido	outros sentidos ficam mais aguçados	da deficiência

Cegos: percepção tátil maior que a de quem enxerga. **Surdos:** domínio do campo visual superior ao dos ouvintes.

NA CLÍNICA

Atente às **diferentes formas** que o paciente usa para se comunicar e expressar sensações. Encontrar esse **elo de comunicação** é fundamental para o sucesso do tratamento.

2. Deficiência auditiva (DA)



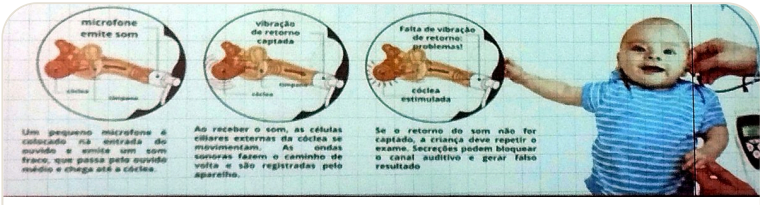
Orelha externa (pavilhão e conduto) · orelha média (tímpano e ossículos) · orelha interna (cóclea, canais semicirculares e nervo auditivo).

Imagem: Wikimedia Commons, CC BY-SA 3.0

É uma **deficiência sensorial muito comum**. Seu rastreio começa ao nascer, com a **Triagem Auditiva Neonatal (Teste da Orelhinha)**, obrigatória pela **Lei Federal nº 12.303/2010**.

COMO FUNCIONA O TESTE DA ORELHINHA

Aparelho de **Emissões Otoacústicas**: um pequeno microfone na entrada do ouvido emite um som → ao recebê-lo, as **células ciliadas** da cóclea vibram e o eco é captado e registrado → se não houver retorno, o teste é **repetido** (secreções podem bloquear o canal e dar falso resultado).



Etapas das emissões otoacústicas.

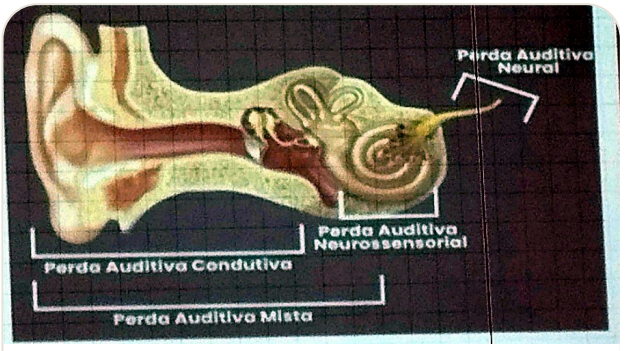
Material da aula (Varellis, 2017)

Etiologia: o que causa a DA?

Histórico familiar	Fatores teratogênicos (pré, peri e pós-natais)	Anomalias craniofaciais	Hiperbilirrubinemia
Prematuridade	Medicação ototóxica	Infecção intrauterina	Meningite bacteriana
Infecção no ouvido persistente ou recorrente	Síndromes neurológicas	Traumatismo craniano com perda de consciência	

Classificação quanto ao espectro clínico

TIPO	ONDE ESTÁ A LESÃO	O QUE LEMBRAR
1. Condutiva	Orelha externa e/ou média	Falha na **transmissão** do som do conduto até a cóclea. Orelha interna normal, só não é estimulada. **Correção clínica ou cirúrgica possível.**
2. Neurossensorial	Orelha interna e/ou nervo vestibulococlear (**VIII par**: audição e equilíbrio)	Lesão das **células ciliadas da cóclea** ou do nervo. **Irreversível**; opção: **implante coclear**.
3. Mista	Condutiva + neurossensorial	Compromete a condução até a orelha interna **e** a cóclea/nervo.
4. Central	Tronco cerebral e cérebro	Também chamada de surdez central ou **Transtorno do Processamento Auditivo Central**. Não há necessariamente perda de sensibilidade: a dificuldade é **compreender** o som. Tratamento usa a **neuroplasticidade**.



Onde cada tipo de perda acontece.
Material da aula (Varellis, 2017)

Grau da perda auditiva (audiometria, em decibéis)

Leve 26 a 40 dB	**Moderada** 41 a 55 dB	**Grave** 56 a 70 dB	**Profunda** ≥ 71 dB

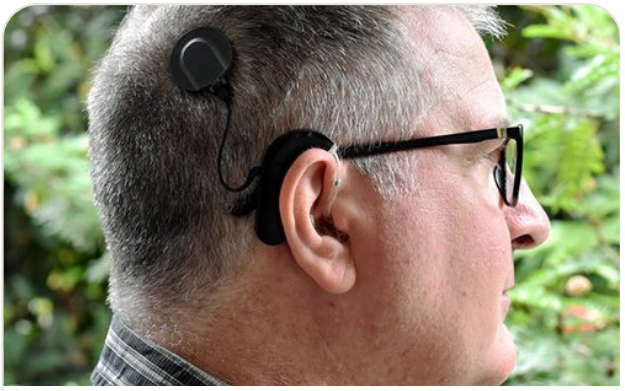
A CRIANÇA SURDA

- Tem **bom desenvolvimento visual** e fica atenta às informações visuais (ex.: a face da mãe).
- Desenvolve espontaneamente a **leitura orofacial** e tenta ler os lábios.
- Pode usar **AASI** (Aparelho de Amplificação Sonora Individual).
- Pode ser alfabetizada oficialmente **a partir dos 5 anos**.
- **Libras** (Língua Brasileira de Sinais) foi reconhecida em **2002** como língua oficial da comunidade surda.



Componentes de um implante coclear.

Foto: Thomas Haslwanter, CC BY-SA 4.0



Processador externo do implante.

Foto: Hear hear!, CC BY-SA 4.0

Tipos: DA de manifestação tardia

Pode ou não ter **origem genética** e aparecer **isolada** ou **associada** a outras anomalias.

ISOLADA 1

DA neurossensorial progressiva familiar

- Alterações em genes específicos (ex.: **KCNQ4**) ligados ao ouvido interno.
- Aparece na infância (8–12 anos) ou no início da vida adulta e **evolui**.
- Na maioria, perda **neurossensorial**.

ISOLADA 2

Otosclerose

- Distúrbio do **metabolismo ósseo da cápsula ótica**, com focos de otospongiose.
- **Rigidez do estribo** → perda **condutiva**; benigna e tratável cirurgicamente.
- 2ª a 4ª década; **mulheres** (fator hormonal); predisposição hereditária; sarampo.

ISOLADA 3

Presbiacusia

- Perda auditiva **pela idade**.
- Degeneração gradual das células ciliadas e do nervo vestibulococlear.
- Pode começar a qualquer momento; mais esperada **acima dos 60 anos**.

3. DA associada a síndromes

Toque para abrir cada síndrome. Na prova, foque no **sinal marcante** de cada uma.

1. Síndrome de Alport

Tríade: Nefropatia | Hipoacusia | Alterações oculares

- Principal sintoma: **alteração renal progressiva**, que começa na puberdade.
- Perda auditiva **neurossensorial progressiva**.
- Olhos: catarata (cristalino opaco), cegueira e nistagmo (movimentos involuntários, repetitivos e rítmicos).
- Mais comum no **sexo masculino**.



2. Mucopolissacaridose tipo I (Hurler)

- Início na infância.
- Deformidades esqueléticas e nanismo.
- Deficiência intelectual, hepatoesplenomegalia e cegueira.
- DA neurossensorial.
- **Fatal.**

3. Síndrome de Klippel-Feil

- **Fusão das vértebras cervicais** (o disco intervertebral não se forma).
- Espinha bífida e escoliose.
- Disfunção vestibular (equilíbrio prejudicado).

4. Síndrome de Refsum

- Deficiência auditiva.
- **Ictiose** (pele seca e escamosa, com descamação excessiva).
- Polineuropatia e ataxia.

- Deficiência auditiva.

- Sintomas visuais após os 20 anos; **retinite pigmentar**.

5. Síndrome de Alström

- Distúrbios visuais (nistagmo e sensibilidade à luz) no **1º ano de vida**.
- **Diabetes melito** na adolescência e **obesidade**.
- DA a partir dos **10 anos**.

6. Síndrome de Paget (osteíte deformante)

- Alteração na **remodelação e renovação óssea** → tratada com **bifosfonatos**.
- Deformidades do crânio e dos ossos longos.
- Começa na fase adulta e progride.
- Problemas auditivos por **compressão do VIII par**.

> **!** **ATENÇÃO ODONTOLÓGICA**
> Bifosfonatos aparecem aqui: a relação com cirurgia oral costuma cair em prova.

7. Síndrome de Richards-Rundle

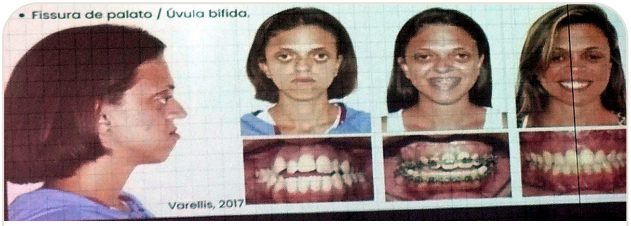
- Deficiência intelectual.
- Ataxia espinocerebelar progressiva.
- Hipogonadismo e nistagmo.
- DA neurossensorial **congênita**.

8. Neurofibromatose tipo 1 (von Recklinghausen)

- Falta da **neurofibromina** (proteína que controla o crescimento celular).
- **Neurofibromas**: tumores benignos na pele ou ao longo de nervos.
- Manchas **café com leite**.
- Tumores do **VIII par nos dois ouvidos** → surdez.

9. Síndrome de Crouzon

- **Disostose craniofacial.**
- Deficiência auditiva.
- **Fissura de palato / úvula bífida** (interesse odontológico!).



Perfil facial e oclusão.
Material da aula (Varellis, 2017)

MACETE

Alport = **A**rins (nefropatia) + ouvido + olho · **K**lippel-Feil = pescoço "colado" (vértebras fundidas) · **R**efsum = **R**etinite + pele de peixe (ictiose) · Alström = **obesidade + diabetes** · Paget = osso que remodela errado (**bifosfonato**) · NF1 = café com leite · Crouzon = crânio + **fissura palatina**.

4. Deficiência visual (DV)

É uma **situação irreversível de diminuição da resposta visual**, de causa congênita ou hereditária, que persiste **mesmo após tratamento** clínico e/ou cirúrgico, com ou sem óculos convencionais.

VISÃO SUBNORMAL / BAIXA VISÃO

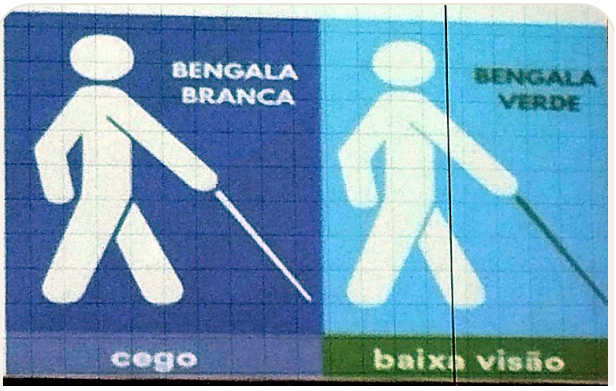
- Acuidade visual **< 6/18** até a percepção de luz.
- Campo visual **< 10°** do ponto de fixação ("visão de túnel"). Normal: **180°**.

CEGUEIRA

Ausência total da resposta visual.

Etiologia: DV adquirida

Diabetes · **Conjuntivite** · **Catarata** · **Glaucoma (dano ao nervo óptico)** · **Presbiopia (perda natural)** · **Retinoblastoma (tumor raro da retina de bebês)** · **Traumatismos**



Bengala branca = pessoa cega · **bengala verde** = baixa visão · **vermelha e branca** = surdocego.

Material da aula (Varellis, 2017)

Abordagem do paciente com DV no consultório

1. Exige **sensibilidade** do profissional.
2. **Conduza** o paciente ao consultório, sempre **perguntando como ele gostaria de ser ajudado**.
3. Use **tom de voz suave**.
4. **Informe sempre em que posição você está** (perto ou longe do paciente).

5. **Descreva o ambiente**: traz conforto e ajuda o paciente a se orientar no espaço.

6. **Ensine a higiene oral** como treino de coordenação motora fina, o que contribui para a independência.

7. Use **recursos didáticos em braille** no atendimento.



Bengala branca e piso tátil.
Foto: Nesnad, CC BY 4.0



Cão-guia: outro recurso de mobilidade.
Foto: Antonio Cruz/ABr, CC BY 3.0



Glaucoma de ângulo fechado agudo: uma causa de DV adquirida.
Foto: James Heilman, MD, CC BY-SA 3.0

5. Surdocegueira

Deficiência **visual e auditiva associadas**. São pacientes complexos, pela dificuldade de estabelecer comunicação com eles.

SÍNDROME DE USHER
A pessoa tem deficiência auditiva e **vai perdendo a visão progressivamente** até a perda completa, quando passa a ser surdocega.

ABORDAGEM
Considere que os únicos sentidos em funcionamento são **tato, olfato e paladar**.

PRÉ-LINGUÍSTICO

Surdocegueira **antes** da aquisição de uma linguagem.

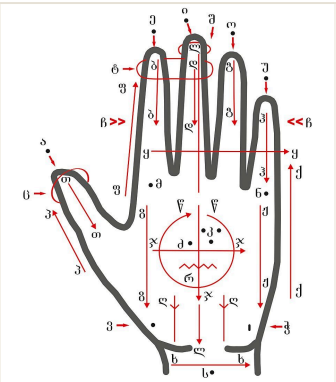
PÓS-LINGUÍSTICO

Surdocegueira **após** a aquisição da linguagem.

ORIGEM	EXEMPLOS
Genética	Síndrome de Usher
Pré-natal	Rubéola materna, toxoplasmose, drogas teratogênicas, incompatibilidade sanguínea
Lesões neonatais	Prematuridade, anóxia, drogas ototóxicas
Infecções adquiridas	Meningite, sarampo, otites graves, sífilis
Outros	Acidentes, tumorações

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

1. **Tato com objetos de referência (“pistas”)**: antecipam uma situação que o paciente vai viver. Ex.: colher = hora de se alimentar; escova = higiene oral; toalha = banho; chave = sair de casa.
2. **Movimento co-ativo**: interlocutor e surdocego fazem o movimento **juntos**.
3. **Libras na palma da mão** (Libras tátil).



Exemplo de alfabeto tátil na palma da mão (sistema Lorm), mesmo princípio do alfabeto manual dos surdocegos.

Imagem: Kamila Skalska, CC BY 3.0

ALTERAÇÃO MÚLTIPLA SENSORIAL

Baixa visão ou cegueira e/ou **surdez** associadas a uma ou mais deficiências (intelectual, física, motora) ou a distúrbios globais do desenvolvimento.

6. Formas de comunicação

1

Leitura labial

- Exige treinamento.
- Nem todos têm essa habilidade.
- Não garante comunicação.
- Sob **estresse, 40%** da informação se perde.

2

Libras

- Língua **visuoespacial**, em espaço tridimensional.
- **Não é universal**: cada país tem a sua, com diferenças regionais.
- Sinais + **expressão facial**.
- **Libras tátil**: sobre as mãos do surdocego.

3

Alfabeto manual dos surdocegos

As letras do alfabeto são “colocadas” em uma das mãos do surdocego.

4

Escrita na palma da mão

Segurando o dedo indicador do surdocego, o intérprete escreve as palavras num apoio (mão, mesa), em letra cursiva ou de forma.

5

Placa em braille

Caracteres em braille **e** em letras de imprensa, apontados pelo cego/surdocego com o indicador.

6

Tadoma

Percepção da fala **pelo tato** (mão no rosto/garganta de quem fala).

7

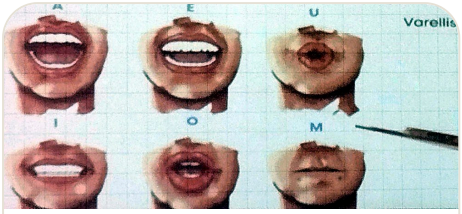
Teletouch

Teclados e telas em braille.

8

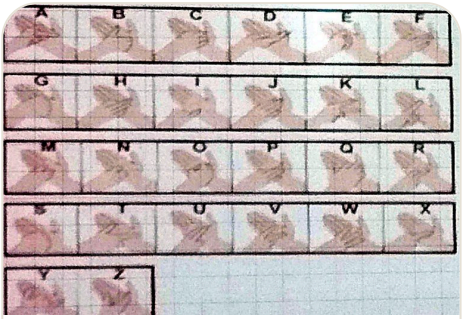
Comunicação alternativa

Cartões, pranchas de comunicação e pranchas alfabéticas e de palavras. **PECS** (Picture Exchange Communication System): usa imagens; muito usado com **pacientes autistas**.



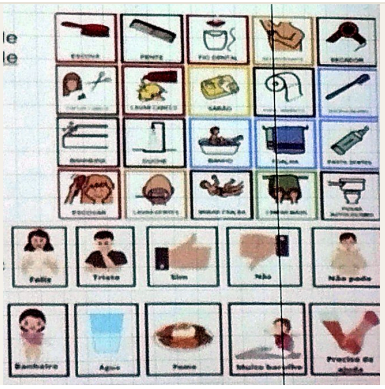
Leitura labial: formato dos lábios nas vogais.

Material da aula



Alfabeto manual dos surdocegos.

Material da aula (Varellis, 2017)



Prancha de comunicação alternativa (PECS).

Material da aula

RECURSOS CITADOS EM AULA

Material educativo **“Odontologia em Libras” (UFCG)** e o aplicativo **Hand Talk** (tradutor para Libras).

Mapa mental · Def. auditiva e visual



Questões do módulo (13)

QUESTÃO 1

Na perda auditiva condutiva, a lesão está localizada em:

A Cóclea e células ciliadas

B Orelha externa e/ou média

C Tronco cerebral

D Nervo vestibulococlear

Gabarito: B. Explicação: Condutiva = falha na transmissão do som pela orelha externa e/ou média; a orelha interna funciona normalmente e a correção clínica ou cirúrgica é possível.

QUESTÃO 2

Qual tipo de perda auditiva é irreversível e pode ser tratado com implante coclear?

A Condutiva

B Central

C Neurossensorial

D Por cerume

Gabarito: C. Explicação: A neurossensorial envolve as células ciliadas da cóclea ou o VIII par, é irreversível e tem o implante coclear como opção.

QUESTÃO 3

Uma perda auditiva de 60 dB na audiometria é classificada como:

A Leve

B Moderada

C Grave

D Profunda

Gabarito: C. Explicação: Leve 26–40 · moderada 41–55 · grave 56–70 · profunda ≥71 dB.

QUESTÃO 4

A Triagem Auditiva Neonatal (Teste da Orelhinha) tornou-se obrigatória por qual lei?

A Lei 10.436/2002

B Lei 12.303/2010

C Lei 13.146/2015

D Lei 8.080/1990

Gabarito: B. Explicação: Lei Federal nº 12.303/2010. (Libras foi reconhecida em 2002.)

QUESTÃO 5

A otosclerose caracteriza-se por:

A Perda neurossensorial por idade

B Rigidez do estribo, com perda condutiva, mais comum em mulheres

C Tumor do VIII par bilateral

D Lesão central do processamento auditivo

Gabarito: B. Explicação: Distúrbio do metabolismo ósseo da cápsula ótica, com rigidez do estribo e perda condutiva; 2ª a 4ª décadas, mais em mulheres.

QUESTÃO 6

A tríade nefropatia + hipoacusia + alterações oculares define a síndrome de:

A Refsum

B Alport

C Crouzon

D Alström

Gabarito: B. Explicação: Alport: alteração renal progressiva, perda auditiva neurossensorial progressiva e catarata/nistagmo; mais no sexo masculino.

QUESTÃO 7

Qual síndrome associada à DA tem interesse odontológico por fissura de palato e úvula bífida?

A Klippel-Feil

B Crouzon

C Paget

D Richards-Rundle

Gabarito: B. Explicação: Crouzon: disostose craniofacial, deficiência auditiva e fissura de palato/úvula bífida.

QUESTÃO 8

Baixa visão (visão subnormal) corresponde a:

A Ausência total de resposta visual

B Acuidade <6/18 até percepção de luz e/ou campo <10°

C Campo visual de 180°

D Miopia corrigida com óculos

Gabarito: B. Explicação: Baixa visão: acuidade menor que 6/18 até percepção de luz ou campo visual menor que 10° (visão de túnel).

QUESTÃO 9

A bengala verde identifica a pessoa:

- A Cega
- B Surdocega
- C Com baixa visão
- D Com deficiência física

Gabarito: C. Explicação: Branca = cego · verde = baixa visão · vermelha e branca = surdocego.

QUESTÃO 10

Na abordagem do paciente com deficiência visual, é correto:

- A Conduzi-lo sem perguntar, para agilizar
- B Falar alto, pois ele também ouve mal
- C Informar sempre sua posição e descrever o ambiente
- D Evitar ensinar higiene, que depende da visão

Gabarito: C. Explicação: Pergunte como ele quer ser ajudado, use tom suave, informe sua posição, descreva o ambiente e ensine a higiene como treino motor fino.

QUESTÃO 11

A síndrome de Usher caracteriza-se por:

- A Cegueira congênita seguida de surdez súbita
- B Deficiência auditiva com perda visual progressiva
- C Surdez por meningite
- D Perda auditiva condutiva isolada

Gabarito: B. Explicação: A pessoa com DA vai perdendo a visão progressivamente até se tornar surdocega.

QUESTÃO 12

Sobre a leitura labial, é correto afirmar:

- A É universal e não exige treino
- B Garante comunicação plena
- C Em situação de estresse, perde-se cerca de 40% da informação
- D Substitui a Libras

Gabarito: C. Explicação: Exige treinamento, nem todos conseguem, não garante comunicação e sob estresse 40% da informação se perde.

QUESTÃO 13

O PECS (Picture Exchange Communication System) é muito usado em:

- A Pacientes autistas
- B Surdocegos pós-linguísticos
- C Idosos com presbiacusia
- D Pacientes com glaucoma

Gabarito: A. Explicação: Comunicação alternativa por imagens, muito usada na educação de pacientes autistas.

MÓDULO 2 · AULA 2 · 13/10

Alterações do comportamento e desvios psíquicos

TEA · TDAH · TOD · Transtornos alimentares · Transtornos do humor · Ansiedade · Psicóticos · Álcool e substâncias · Ref.: Paula, Mello & Luciana, *Odontologia Hospitalar* (Manuais Einstein), 2ª ed., Manole, 2026.



EM 30 SEGUNDOS

- As alterações bucais nesses quadros **não são obrigatórias nem específicas**: vêm da **higiene**, dos **hábitos** e dos **efeitos dos medicamentos**.
- O efeito adverso campeão é a **xerostomia** (antidepressivos, antipsicóticos, psicoestimulantes, canabidiol...).
- **Não há medicamento que trate o núcleo do TEA**: trata-se sintomas e comorbidades.
- Bulimia → **perimólise** (faces palatinas dos anteriores superiores) e **não escovar logo após o vômito**.
- Interações que caem: **lítio + AINEs/metronidazol** (toxicidade) · **antidepressivos + AINEs** (sangramento) · **cocaína/crack + vasoconstritor adrenérgico** (risco cardiovascular).

1. Transtorno do Espectro Autista (TEA)

- Condição do **neurodesenvolvimento**; conceito de **neurodiversidade**.
- Alterações persistentes na **comunicação e interação social**.
- **Padrões restritos e repetitivos** de comportamentos, interesses e atividades.
- Os sinais surgem **precocemente** no desenvolvimento.
- **Heterogeneidade clínica**: habilidades, limitações e necessidades de suporte diferentes.
- Pode ocorrer isolado ou associado a condições neurológicas e psiquiátricas.

COMUNICAÇÃO E INTERAÇÃO SOCIAL

- Dificuldade na reciprocidade socioemocional e em criar relações.
- Alterações na comunicação verbal e não verbal (gestos, expressões faciais, contato visual).
- Dificuldade em iniciar ou manter diálogos e entender certas situações sociais.

COMPORTAMENTO E PROCESSAMENTO SENSORIAL

- Movimentos repetitivos e estereotipados (balançar o corpo ou as mãos).
- Resistência a mudanças; necessidade de rotinas previsíveis.
- Interesses restritos e intensos.
- **Hiper ou hiporreatividade** a sons, luzes, cheiros, texturas e toque.

PEGADINHA

Os **3 níveis de suporte** NÃO determinam, sozinhos, a capacidade de colaboração no atendimento. A avaliação deve considerar as **características individuais** do paciente.

COMORBIDADES FREQUENTES

- **Deficiência intelectual**: pode comprometer a compreensão das orientações e a autonomia para a higiene.
- **Epilepsia**: investigar crises, anticonvulsivantes e efeitos adversos.
- **TDAH**: impulsividade, desatenção, dificuldade de ficar na cadeira.
- **Ansiedade**: piora o desconforto diante de ambientes e procedimentos desconhecidos.
- **Distúrbios do sono**: interferem no comportamento, disposição e tolerância.

MANIFESTAÇÕES BUCAIS

- **Cárie**: escovação difícil, dependência de cuidadores, hábitos alimentares.
- **Gengivite e doença periodontal**: acúmulo de biofilme.
- **Má oclusão**: sucção digital, onicofagia, respiração oral.
- **Hipossalivação**: efeito de medicamentos.
- **Fibromatose gengival**: alguns anticonvulsivantes.
- **Traumatismo**: quedas e hábitos parafuncionais.

Principais dificuldades na higiene bucal

Hipersensibilidade tátil ao contato da escova e do fio dental.	**Resistência** a novos hábitos e mudanças na rotina.	Dificuldade de **coordenação motora** e de compreensão das instruções.
Recusa do auxílio de familiares ou cuidadores.	Necessidade de **supervisão** ou ajuda para manter a higiene.	**Seletividade alimentar** e características sensoriais dos **dentifrícios**.

Caso clínico apresentado em aula

Adolescente de 15 anos com TEA. Dentição livre de cárie e restaurações, com a **borda incisal fraturada do dente 11**.

Estratégias de manejo: consultas prévias para **dessensibilização e familiarização** com a equipe · atendimento por estudantes supervisionados · técnica **dizer-mostrar-fazer** · **participação ativa do paciente** na manipulação do silicone usado para fazer a guia restauradora.

Medicamentos no TEA e implicações odontológicas

Não existem medicamentos que tratem os aspectos centrais do TEA. O tratamento farmacológico atua em sintomas específicos e comorbidades.

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	EFEITOS ADVERSOS
Risperidona e aripiprazol	Irritabilidade e agressividade graves	Sedação, ganho de peso, **xerostomia**
Fluoxetina e sertralina	Ansiedade e transtornos associados	**Xerostomia**, possíveis alterações comportamentais
Metilfenidato (Ritalina)	TDAH associado	Redução do apetite, insônia, **xerostomia**
Canabidiol	Irritabilidade e agressividade	**Xerostomia**

2. TDAH e TOD

Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade: transtorno do neurodesenvolvimento com padrões persistentes de **desatenção** e/ou **hiperatividade-impulsividade**, incompatíveis com a idade. Compromete o desempenho escolar, as relações e as atividades diárias, por alterações nos circuitos da **atenção, do controle inibitório e das funções executivas**.

DESATENÇÃO

- Dificuldade de manter o foco
- Distração com estímulos externos
- Dificuldade de seguir instruções e concluir tarefas
- Esquecimento e desorganização

HIPERATIVIDADE

- Agitação motora
- Dificuldade de ficar sentado
- Mãos e pés sempre em movimento
- Fala excessiva

IMPULSIVIDADE

- Dificuldade de esperar a vez
- Interrompe os outros
- Respostas precipitadas
- Dificuldade de inibir comportamentos

DIAGNÓSTICO

- Essencialmente **clínico** (DSM-5 e CID-11).
- Sintomas por **pelo menos 6 meses**.
- Manifestações **antes dos 12 anos**.
- Prejuízo em **pelo menos 2 ambientes** (ex.: escola e casa).

Comorbidades: TOD, TEA, ansiedade e depressão, transtornos de aprendizagem, distúrbios do sono.

TOD: TRANSTORNO OPOSITOR DESAFIADOR

- Humor **irritável**, comportamento desafiador, atitudes argumentativas ou vingativas.
- Vai além do esperado para a idade e o contexto.
- Discute com adultos e autoridades, recusa pedidos.
- Isolado ou associado ao TDAH; **dificulta a adesão** às orientações.

TRATAMENTO DO TDAH

Não farmacológico: psicoeducação e orientação familiar, terapia cognitivo-comportamental, treinamento parental e intervenções escolares, rotinas e organização.

Farmacológico: individualizado; **psicoestimulantes** (metilfenidato) ou **não estimulante** (atomoxetina).

MEDICAMENTO	EFEITOS DE INTERESSE
Metilfenidato	Menos apetite, insônia, **alterações cardiovasculares**
Atomoxetina	Xerostomia, alterações de FC e PA
Clonidina	Sedação e redução da PA
Bupropiona	Xerostomia, insônia e agitação

IMPLICAÇÕES ODONTOLÓGICAS

Investigue medicamentos, doses e horários · verifique interações · considere as **alterações cardiovasculares** ao usar anestésicos locais **com vasoconstritor** · avalie xerostomia e suas repercussões.

TDAH E TOD NA SAÚDE BUCAL

Dificuldades: desatenção na escovação e no fio · hábitos irregulares de higiene · impulsividade e pouca persistência · resistência à ajuda · baixa adesão às consultas.
Consequências: mais biofilme, maior risco de cárie e inflamação gengival, alterações salivares por medicamentos. *Não são manifestações específicas nem obrigatórias.*

3. Planejamento individualizado (TEA, TDAH e TOD)

ANTES DA CONSULTA

- Investigar diagnóstico, comorbidades e medicamentos.
- Identificar experiências odontológicas anteriores e o que dificulta a colaboração.
- Planejar consultas **objetivas** e estratégias adequadas ao perfil.

DURANTE

- Comunicação clara, **previsibilidade** e **reforço positivo**.
- Reduzir estímulos que distraem ou agitam.
- Fazer pausas e adaptar as etapas à resposta do paciente.

DEPOIS

- Orientar familiares sobre a rotina de higiene.
- Metas preventivas **realistas**.
- Acompanhamento periódico conforme o risco.

4. Transtornos alimentares

Condições psiquiátricas com **alterações persistentes do comportamento alimentar**.

TIPO	DEFINIÇÃO	REPERCUSSÃO BUCAL	MANEJO
Restritivo/evitativo	Restrição por desinteresse ou **aversão sensorial**, **sem** preocupação com a imagem corporal	Comprometimento nutricional e do desenvolvimento	Adaptar ao desenvolvimento; discutir procedimentos invasivos com a equipe
Compulsão alimentar	Episódios de ingestão excessiva com perda de controle, **sem** compensação	Maior risco de cárie e doença periodontal	Investigar comorbidades (**diabetes, obesidade**)
Picafagia	Ingestão de **substâncias não alimentares** (terra, papel, cabelo)	Lesões de mucosa, fraturas, risco de **ingerir materiais odontológicos**	Manter brocas, limas, agulhas e materiais pequenos **fora do alcance**
Ruminação	Regurgitação repetida; alimento remastigado, deglutido ou cuspido	Queda do pH, desgaste dentário, cárie	Produtos fluoretados; **ionômero de vidro** nas restaurações
Anorexia nervosa	Restrição, **medo intenso de ganhar peso**, distorção da imagem corporal	Reparo tecidual prejudicado; exposição ácida	Investigar **anemia, trombocitopenia, bradicardia, distúrbios eletrolíticos**; cicatrização comprometida; cirurgias junto com a equipe
Bulimia nervosa	Compulsão seguida de **vômitos**, laxantes, jejum ou exercício excessivo	**Perimólise**, aumento das **parótidas**, alterações salivares, ardência lingual e gengivite	Ver o quadro abaixo

BULIMIA: CAI MUITO

- **Perimólise** nas **faces palatinas dos anteriores superiores** e oclusais dos posteriores.
- **Não escovar logo após o vômito.**
- Dentifrício fluoretado **pouco abrasivo** + enxaguante fluoretado.
- **Verniz fluoretado** ou **ionômero de vidro** para a hipersensibilidade.



Erosão dentária: aspecto liso e translúcido do esmalte por exposição ácida.

Foto: Финитор, CC BY-SA 3.0

Manejo geral: anamnese (hábitos alimentares, alterações sistêmicas, estado nutricional) · reforçar higiene e controle de cárie e desgaste · consultas curtas, comunicação objetiva e integração com a equipe de saúde.

5. Transtornos do humor

DEPRESSIVOS

- Humor deprimido, vazio ou irritável.
- **Anedonia**; alterações de sono, apetite e energia.
- Dificuldade de concentração e **menos autocuidado**.
- **Depressão maior**: o mais comum.
- **Distimia**: sintomas persistentes por **pelo menos 2 anos**.

TRANSTORNO BIPOLAR

- **Mania**: humor elevado ou irritável, agitação, impulsividade, logorreia, menor necessidade de sono.
- **Hipomania**: parecida, mas **sem prejuízo funcional grave**.
- **Tipo I**: há episódio maníaco.
- **Tipo II**: episódios depressivos maiores + hipomaníacos.

CLASSE	EXEMPLOS	ALTERAÇÃO BUCAL
Antidepressivos tricíclicos	Amitriptilina, imipramina, nortriptilina	Xerostomia
ISRS	Fluoxetina, paroxetina	Xerostomia e **bruxismo secundário**

IRSN	Venlafaxina, duloxetina	Xerostomia
Antipsicóticos	Aripiprazol, risperidona, haloperidol, clozapina, quetiapina	Xerostomia, bruxismo, disfagia, disgeusia, **discinesia tardia**, hipersalivação
Estabilizador de humor	Carbonato de lítio	**Gosto metálico**
Anticonvulsivantes	Valproato de sódio, lamotrigina, carbamazepina	Ligeira xerostomia

MANIFESTAÇÕES BUCAIS

Menos autocuidado: mais biofilme, cárie, doença periodontal, falta às consultas. **Medicamentos e comportamento:** xerostomia e hipossalivação, infecções fúngicas, má retenção de próteses, bruxismo, lesões abrasivas e recessões por **escovação traumática na mania**.

INTERAÇÕES IMPORTANTES

- **Lítio + AINEs ou metronidazol** → risco de **toxicidade**.
- Antipsicóticos/anticonvulsivantes + **macrolídeos** → aumentam as concentrações sanguíneas.
- **Valproato e carbamazepina** → hepatotóxicos e podem aumentar o sangramento.
- **Antidepressivos + AINEs** → aumentam o risco de sangramento.

Manejo: anamnese (diagnóstico, medicamentos, adesão, estabilidade) · vínculo acolhedor e de confiança · prevenção e estímulo ao autocuidado · medidas conservadoras para efeitos medicamentosos · prescrição cuidadosa · procedimentos invasivos só com estabilidade clínica e psiquiátrica · contato com o médico quando necessário.

6. Transtornos de ansiedade

Medo e ansiedade **excessivos**, com alterações comportamentais e prejuízo funcional.

MEDO

Resposta emocional a uma ameaça **real ou percebida**.

ANSIEDADE

Antecipação de uma ameaça futura, com tensão muscular e vigilância.

Principais transtornos

- **Ansiedade de separação**: medo de se afastar das figuras de apego.
- **Mutismo seletivo**: não consegue falar em certas situações sociais.
- **Fobia específica**: inclui procedimentos odontológicos.
- **Ansiedade social**: medo de avaliação negativa.
- **Pânico**: ataques recorrentes com sintomas físicos.
- **Agorafobia**: medo de lugares de onde seria difícil sair ou pedir ajuda.
- **TAG**: preocupação persistente e excessiva.

TRATAMENTO

Não farmacológico: TCC, reestruturação cognitiva, exposição gradual, relaxamento, controle respiratório, meditação.
Farmacológico: antidepressivos (**ISRS**); **benzodiazepínicos** para alívio agudo (ansiolíticos, hipnóticos, relaxantes, sedativos).

MANIFESTAÇÕES BUCAIS

Estresse: bruxismo, dores orofaciais, ardência bucal, herpes labial, língua geográfica.
Comportamento: higiene negligenciada, evitação das consultas, **múltiplos focos infecciosos** na fobia odontológica.

SITUAÇÃO	CONDUTA ESPECÍFICA
Ansiedade de separação / agorafobia	Considerar **atendimento domiciliar**
Fobia odontológica	Avaliar **sedação** ou **centro cirúrgico** se forem muitos procedimentos
Transtorno do pânico	Investigar comorbidades e gatilhos. **Na crise: não deixar o paciente sozinho, afastar instrumentais e pedir assistência médica**
Ansiedade induzida por substâncias	Consultas fora dos períodos de abstinência e com crises controladas

Manejo geral: explicar antes os procedimentos · ambiente calmo · consultas curtas · acompanhante · relaxamento e sedação leve se preciso · bruxismo: placa oclusal e encaminhamento para especialista em dor orofacial.

7. Transtornos psicóticos

Condições graves com **perda de contato com a realidade**: delírios, alucinações, pensamento desorganizado.

- **Esquizofrenia**: delírios, alucinações, discurso desorganizado, apatia, retraimento social, déficits cognitivos.
- **Transtorno delirante**: delírios persistentes, mas comunicação e funcionalidade preservadas.
- **Psicótico breve**: episódio súbito de **1 dia a menos de 1 mês**.
- **Induzido** por substâncias ou condições médicas.

MANIFESTAÇÕES BUCAIS

Menos autocuidado (biofilme, cárie, doença periodontal, lesões traumáticas) · antipsicóticos: **xerostomia**, **sialorreia (clozapina)** e **discinesias orofaciais**.

FÁRMACO	IMPLICAÇÃO
Antipsicóticos típicos	Efeitos **extrapiramidais** e discinesias orofaciais
Atípicos (risperidona, olanzapina, quetiapina, aripiprazol)	Alterações salivares e sedação

Clozapina	**Sialorreia**
Lítio e valproato	Atenção às interações e à **toxicidade do lítio na desidratação**
Benzodiazepínicos	Efeito sedativo

INTERAÇÕES DE INTERESSE

Antipsicóticos + **benzodiazepínicos, opioides ou sedativos** → potencializam a sedação e o risco de **depressão respiratória** · Antipsicóticos + **vasoconstritores** → alterações da PA e arritmias · avaliar interações antes de anestésicos, analgésicos e sedativos.

Manejo: anamnese · linguagem simples e respeitosa, **sem confrontar delírios** · consultas curtas, estruturadas e previsíveis · prevenção · xerostomia: **saliva artificial e gomas sem açúcar**.

8. Uso de álcool e substâncias ilícitas

MANIFESTAÇÕES BUCAIS

- **Dentárias e periodontais:** cárie, erosão, desgaste, recessão gengival, doença periodontal, perda dentária.
- **Salivares:** xerostomia e hipossalivação.
- **Musculares:** bruxismo, discinesia, DTM, dificuldade de mastigar e engolir.
- **Mucosas:** hiperceratose, infecções oportunistas, lesões com potencial de malignização.
- **Outras:** perfuração do septo nasal ou do palato, parestesias, hipogeusia, traumatismos.

MANEJO E CUIDADOS FARMACOLÓGICOS

- Anamnese detalhada; **vínculo sem julgamentos**.
- **Cocaína, crack, anfetaminas e ecstasy:** evitar anestésicos com **vasoconstritores adrenérgicos** (risco cardiovascular).
- **Álcool:** atenção a fármacos **hepatotóxicos** (ex.: paracetamol) e interações.
- Cautela com medicamentos que possam ser usados de forma indiscriminada.

Mapa mental · Comportamento e psíquicos



Questões do módulo (13)

QUESTÃO 1

Sobre os níveis de suporte no TEA, é correto:

A Determinam sozinhos se o paciente colabora

B Nível 1 sempre dispensa adaptações

C Não determinam isoladamente a colaboração; avalia-se o indivíduo

D Só existem em crianças

Gabarito: C. Explicação: Os 3 níveis de suporte não determinam isoladamente a capacidade de colaboração; considere as características individuais.

QUESTÃO 2

Qual afirmação sobre os medicamentos no TEA está correta?

A A risperidona trata o núcleo do TEA

B Não há medicamentos para os aspectos centrais; trata-se sintomas e comorbidades

C O canabidiol não tem efeitos bucais

D A fluoxetina causa hipersalivação

Gabarito: B. Explicação: Não existe tratamento farmacológico para o núcleo do TEA. Efeito comum a quase todos: xerostomia.

QUESTÃO 3

No caso clínico do adolescente com TEA, qual estratégia foi usada?

A Sedação profunda na 1ª consulta

B Contenção física

C Dessensibilização prévia e participação ativa na manipulação do silicone

D Exodontia do 11

Gabarito: C. Explicação: Consultas prévias de dessensibilização, dizer-mostrar-fazer e participação ativa na guia de silicone para restaurar o 11 fraturado.

QUESTÃO 4

São critérios diagnósticos do TDAH, EXCETO:

A Sintomas por pelo menos 6 meses

B Manifestações antes dos 12 anos

C Prejuízo em pelo menos 2 ambientes

D Exame de imagem cerebral alterado

Gabarito: D. Explicação: O diagnóstico é essencialmente clínico (DSM-5 e CID-11), sem exame de imagem obrigatório.

QUESTÃO 5

No paciente que usa metilfenidato, deve-se ter atenção especial a:

A Alterações cardiovasculares ao usar vasoconstritores

B Risco de hipersalivação

C Contraindicação de flúor

D Hiperplasia gengival

Gabarito: A. Explicação: Metilfenidato pode causar alterações cardiovasculares; considere isso ao usar anestésico com vasoconstritor.

QUESTÃO 6

Na bulimia nervosa, a perimólise acomete principalmente:

A Faces vestibulares dos inferiores

B Faces palatinas dos anteriores superiores

C Raízes dos molares

D Apenas dentes decíduos

Gabarito: B. Explicação: Faces palatinas dos anteriores superiores e oclusais dos posteriores, pelo contato com o ácido do vômito.

QUESTÃO 7

Orientação correta à paciente com bulimia:

A Escovar imediatamente após o vômito

B Usar dentifrício bem abrasivo

C Evitar escovar logo após o vômito e usar fluoretos

D Clareamento para mascarar a erosão

Gabarito: C. Explicação: Não escovar logo após o vômito; dentifrício pouco abrasivo, enxaguante fluoretado e verniz/CIV para hipersensibilidade.

QUESTÃO 8

Na picafagia, o cuidado específico no consultório é:

A Usar só anestesia tópica

B Manter brocas, limas e agulhas fora do alcance

C Evitar ionômero

D Sedar sempre

Gabarito: B. Explicação: Há risco de ingestão de materiais pequenos; mantenha-os fora do alcance.

QUESTÃO 9

O carbonato de lítio pode causar como alteração bucal:

- **A** Gosto metálico
- **B** Fibromatose gengival
- **C** Língua negra
- **D** Sialorreia obrigatória

Gabarito: A. Explicação: Estabilizador de humor com gosto metálico. Atenção: lítio + AINEs ou metronidazol aumenta a toxicidade.

QUESTÃO 10

Qual associação aumenta o risco de sangramento?

- **A** Antidepressivos + AINEs
- **B** Paracetamol + amoxicilina
- **C** Nistatina + clorexidina
- **D** Lidocaína + adrenalina

Gabarito: A. Explicação: Antidepressivos + AINEs aumentam o risco de sangramento; valproato e carbamazepina também.

QUESTÃO 11

Durante uma crise de pânico no consultório, deve-se:

- **A** Deixar o paciente sozinho para se acalmar
- **B** Continuar o procedimento rapidamente
- **C** Não deixá-lo sozinho, afastar instrumentais e pedir ajuda médica
- **D** Dar benzodiazepínico IV

Gabarito: C. Explicação: Conduta descrita em aula: não deixar sozinho, afastar instrumentais e solicitar assistência médica.

QUESTÃO 12

A clozapina está associada principalmente a:

- **A** Xerostomia intensa
- **B** Sialorreia
- **C** Gosto metálico
- **D** Hiperplasia gengival

Gabarito: B. Explicação: Sialorreia, especialmente em esquizofrenia resistente tratada com clozapina.

QUESTÃO 13

Em usuários de cocaína ou crack, deve-se evitar:

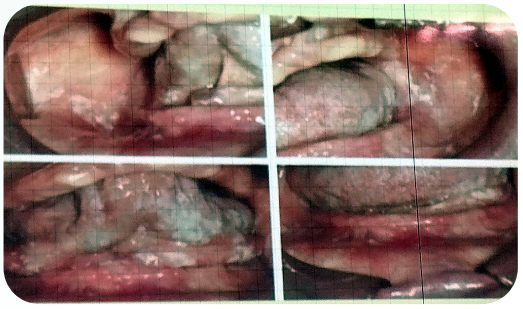
- **A** Anestésico com vasoconstritor adrenérgico
- **B** Paracetamol
- **C** Flúor tópico
- **D** Radiografias

Gabarito: A. Explicação: Risco de complicações cardiovasculares. No alcoolista, atenção a hepatotóxicos como o paracetamol.

MÓDULO 3 · AULA 3 · 20/10

Doenças infecciosas e autoimunes

Bacterianas (sífilis, tuberculose) · Fúngicas (candidíase, PCM) · Virais (herpes, zóster, mononucleose, HPV) · Autoimunes (pênfigo, penfigoide, lúpus, Sjögren, líquen plano) · Fonte das imagens clínicas: Neville, 2025.



EM 30 SEGUNDOS

- **Sífilis:** primária = **cancro duro** (úlcera única, indolor, borda firme) · secundária = **placas mucosas** (as mais infectantes) · terciária = **goma** (perfura palato) · congênita = **dentes de Hutchinson + molares em amora**.
- **Candidíase:** pseudomembranosa é **raspável**; hiperplásica **não raspa** e pode malignizar. Leve: **nistatina**; moderada/grave: **fluconazol**.
- **PCM:** estomatite **moriforme** (aspecto de amora), trabalhador rural, **itraconazol** por 9–18 meses.
- **Zóster: unilateral**, segue o dermátomo, **não cruza a linha média**.
- **Pênfigo vulgar** = bolha **intraepitelial** (desmogleína 1 e 3, Nikolsky +, células de Tzanck) · **Penfigoide** = bolha **subepitelial** (hemidesmossomos, risco de cegueira).

1. Sífilis

PRIMÁRIA

- **Cancro duro** no local do contato inicial (geralmente genital).
- Surge em média **3 semanas** após a infecção; dura até 8 semanas.
- **Cicatriza sozinho**, sem tratamento.
- Cancros orais: **4–12%** dos casos.
- Úlcera **única, indolor, 1–2 cm, base e borda firmes**.

SECUNDÁRIA

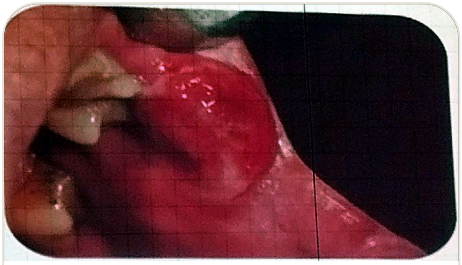
- De **4 semanas a 6 meses** após a infecção.
- Linfadenopatia generalizada; **roséola sifilítica** (não coça); sintomas leves.
- **Placas mucosas orais**: lesões **altamente infectantes**, brancas ou pápulas. Condiloma lata (raro).
- **30%** têm lesões orais; são **sintomáticas** (ao contrário do cancro).

LATENTE

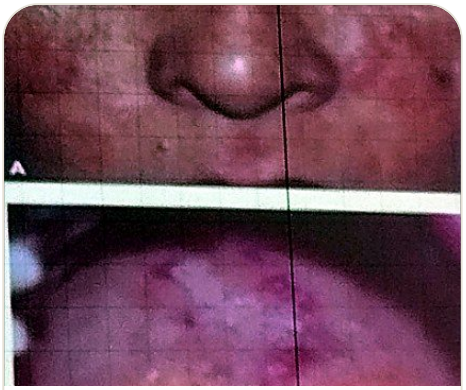
- Sem sinais ou sintomas (1 a 30 anos).
- Diagnóstico **só por sorologia**.
- **Recente**: até 1 ano; ainda transmite.
- **Tardia**: mais de 1 ano; bactéria persiste sem manifestação externa.

TERCIÁRIA

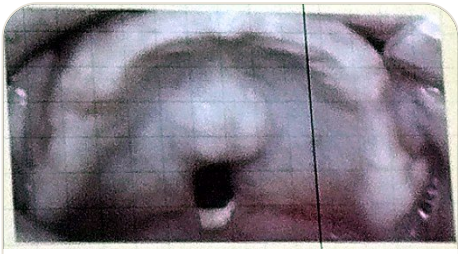
- Até **40 anos** após a lesão primária, em **30%** dos não tratados.
- Sistemas cardiovascular, nervoso (**neurossífilis**) e musculoesquelético.
- **Goma sifilítica**: lesão granulomatosa infiltrativa e destrutiva; na boca, **palato ou língua**.



Sífilis primária: cancro na mucosa oral.
Material da aula (Neville, 2025)



Sífilis secundária: lesões cutâneas e placa mucosa.
Material da aula (Neville, 2025)



Terciária: perfuração do palato pela necrose central da goma → **comunicação buconasal**.
Material da aula

NEUROSSÍFILIS

Ocorre em **25–40%** dos não tratados. Vai de assintomática (só detectada no líquor) até **paralisia geral progressiva**: a fase de maior gravidade da doença.

Sífilis congênita

PRECOCE (ATÉ 2 ANOS)

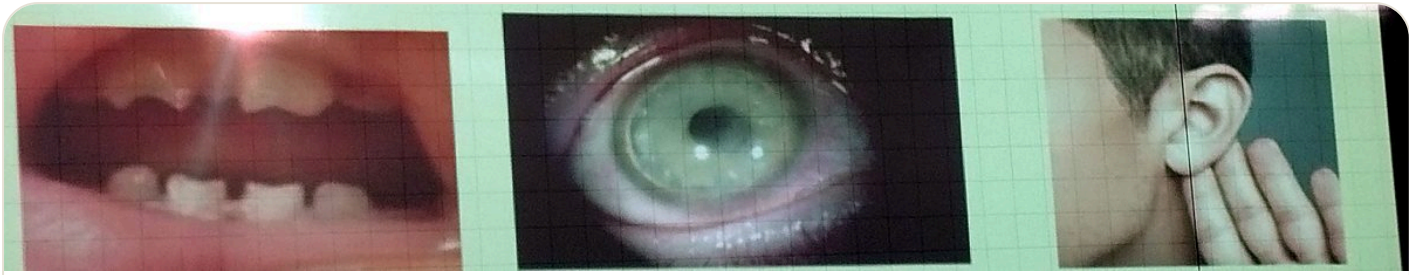
Fissuras periorais.

TARDIA (APÓS 2 ANOS)

Dentes de Hutchinson (formato de chave de fenda), **molares em amora**, rágades periorais, palato em arco elevado.

TRÍADE DE HUTCHINSON

1. **Dentes anômalos** (Hutchinson / molares em amora)
2. **Ceratite intersticial** (inflamação e opacidade da córnea)
3. **Surdez** (envolvimento do **VIII par**)



Tríade de Hutchinson: dentes, córnea e audição.

Material da aula

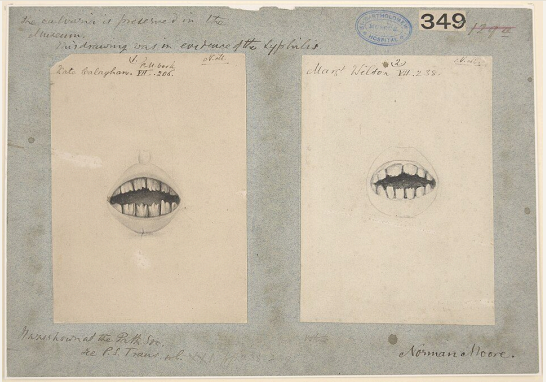


Ilustração histórica de incisivos de Hutchinson.

Wellcome Collection, CC BY 4.0

2. Tuberculose

M. tuberculosis
Agente etiológico principal

Aerossóis
Transmissão por inalação de gotículas

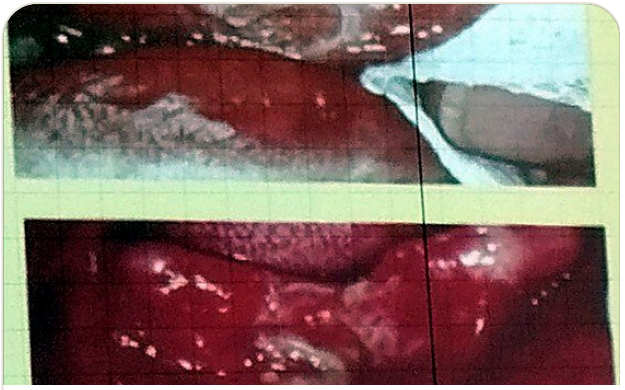
68.819
Casos novos no Brasil (2020)

0,5–1%
Envolvimento oral (raro)

Patogênese: 90–95% dos infectados mantêm infecção **latente** · 5–10% desenvolvem a doença · 15% dos casos são **extrapulmonares**.

LESÕES ORAIS

- Úlceras **irregulares**, superficiais ou profundas, de **crescimento lento e progressivo**.
- Locais: **língua**, gengiva, palato e lábio.
- Podem causar **dor e odinofagia** (dor ao engolir).
- Favorecem a infecção: má higiene, trauma, baixa resistência do hospedeiro e alta virulência do microrganismo.



Úlceras tuberculosas na mucosa oral.

Material da aula (Neville, 2025)

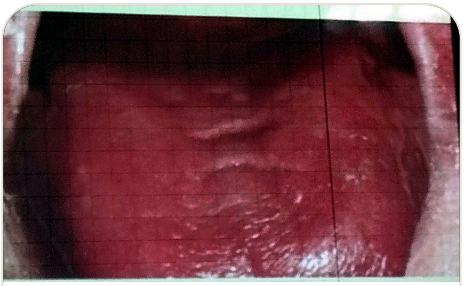
3. Candidíase oral

FORMA	ASPECTO	PISTAS
1. Pseudomembranosa aguda	Placas brancas-amareladas **raspáveis** com gaze; base eritematosa ou erosiva após raspar	Ardência leve ou assintomática
2. Eritematosa aguda	Manchas avermelhadas, geralmente após a pseudomembrana se soltar	Associada a **antibióticos**; ardência/queimação; palato duro posterior e dorso da língua
3. Eritematosa crônica	"Atrófica crônica"; pode ter petéquias	**Forma mais comum**; **estomatite protética** em usuários de PT; palato; higiene ruim, PT mal adaptada, uso prolongado
4. Hiperplásica crônica	Placas brancas bem demarcadas que **não saem na raspagem**	Incomum; região retrocomissural, borda lateral e dorso da língua; meia-idade e **fumantes**; relatos de evolução para **carcinoma espinocelular**
5. Queilite angular	Eritema, fissura e crosta na **comissura labial**	Mais comum **bilateral**; pode associar-se à candidíase intraoral e à **perda de dimensão vertical** em edêntulos



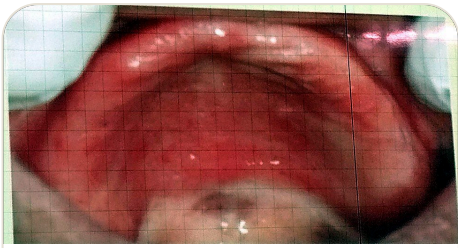
Pseudomembranosa: placas raspáveis no dorso da língua.

Foto: Nicolatou-Galitis et al., CC0



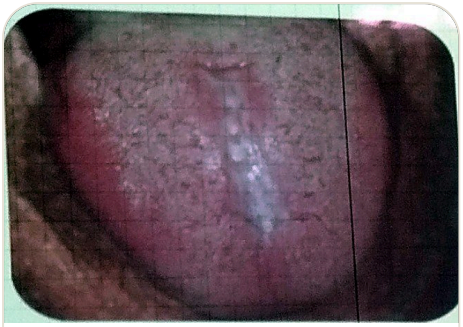
Eritematosa aguda no dorso da língua.

Material da aula



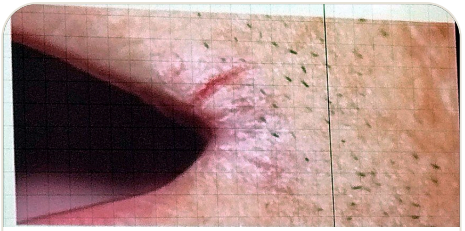
Eritematosa crônica: estomatite protética no palato.

Material da aula



Hiperplásica crônica: placa branca que não raspa.

Material da aula



Queilite angular na comissura.

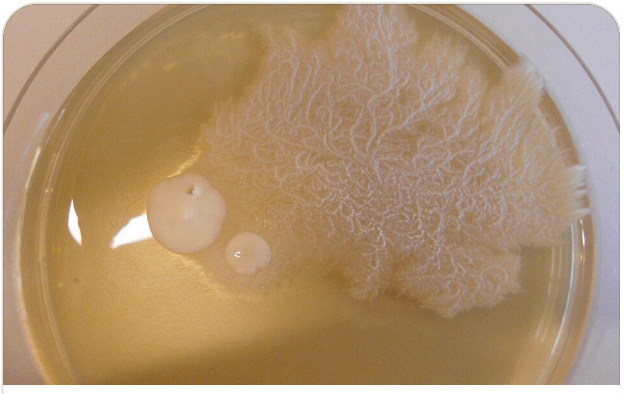
Material da aula

PROTOCOLOS DE TRATAMENTO

Depende da **apresentação clínica**. Formas localizadas ligadas à higiene e a próteses ruins podem ser controladas só com **orientação de higiene**.

Leve: tópico. **Nistatina suspensão oral 100.000 UI/mL, 5 mL, VO, 4 a 5×/dia**, conforme a gravidade.

Moderada/grave: Fluconazol 150 mg, VO, 1×/dia, por 7–14 dias, conforme a resposta.



Candida albicans em cultura (leveduras e hifas).

Foto: Garnhami, CC BY-SA 4.0

4. Paracoccidioidomicose (PCM)

P. brasiliensis / lutzii	Solo úmido	Homens	~50%
Agente	Trabalhadores rurais	4ª a 7ª década	Envolvem a mucosa oral

- Micose endêmica de **maior prevalência na América Latina**; no Brasil, mais no Sudeste, Sul e Centro-Oeste. É a **8ª causa de morte** entre as doenças infecciosas crônicas.
- **Inalação de esporos** (infecção primária pulmonar), com disseminação hematogênica ou linfática.
- Sintomas: dispneia, escarro mucopurulento, febre, tosse, fadiga, linfadenopatia e perda de peso.

LESÕES BUCAIS

- Múltiplas úlceras de bordas irregulares e base granulomatosa com **pontilhados hemorrágicos**: **estomatite moriforme** (aspecto de amora).
- Mucosa alveolar, gengiva e palato.
- **Dor e sangramento** ao toque, dificuldade de alimentação e mau hálito.
- Formas residuais: deformidades e **limitação de abertura**.



Estomatite moriforme na gengiva e no lábio.
Material da aula (Neville, 2025)

TRATAMENTO
Itraconazol (padrão-ouro), 200 mg/dia por **9 a 18 meses**. As lesões bucais cicatrizam em ~30 dias e dão **falsa impressão de cura**: oriente a seguir o tratamento até o fim.

5. Infecções virais

HSV: GENGIVOESTOMATITE HERPÉTICA PRIMÁRIA

- Manifestação inicial **aguda**, comum em **crianças**.
- Febre alta e linfadenopatia.
- **Múltiplas vesículas e úlceras dolorosas**.
- Dificuldade de alimentação (**odinofagia**).

HSV: HERPES LABIAL RECORRENTE

- **Reativação** do vírus latente.
- Fase **prodrômica**: ardor e prurido → **vesículas agrupadas** (fase ativa) → crostas.
- Gatilhos: **sol, estresse, trauma**.



Gengivoestomatite herpética primária.
Material da aula (Neville, 2025)



Herpes labial recorrente: vesículas e crostas.
Material da aula

MANEJO DO HSV	POSOLOGIA
Aciclovir	**400 mg VO 3×/dia** (ou 200 mg 5×/dia) por **7–10 dias**. Lesões localizadas: pomada.
Terapia fotodinâmica	Laser de baixa potência + **azul de metileno 0,01%**
Melhores resultados quando iniciado na fase prodrômica.	

VÍRUS VARICELA-ZÓSTER (VZV)

Primária = varicela (catapora): endêmica na infância (4–10 anos), lesões maculopapulares generalizadas.
Reativação = herpes-zóster (cobreiro): o vírus latente em gânglios sensoriais ou cranianos reativa; comum em **idosos (>60)** e **imunocomprometidos**.
Altamente contagioso: transmissão direta (mais frequente), indireta (superfícies recém-contaminadas) e vertical (placenta).

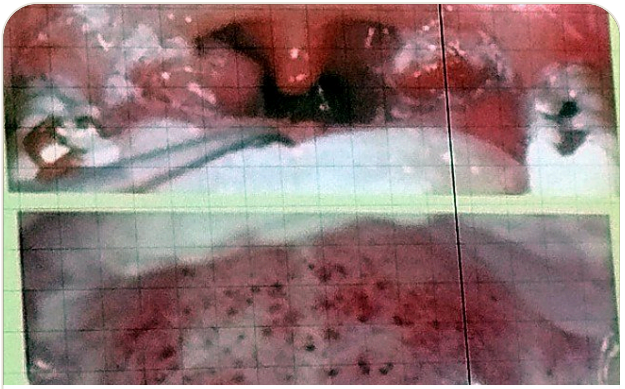
ZÓSTER: A CHAVE É A UNILATERALIDADE
Segue o trajeto do nervo (**dermátomo**) · **não cruza a linha média** · **dor neurálgica intensa que precede as vesículas** · febre, mal-estar e cefaleia.



Herpes-zóster facial, unilateral.
Foto: Sarindam7, CC BY-SA 3.0

MONONUCLEOSE INFECCIOSA

- "Doença do beijo": **vírus Epstein-Barr**; 15 a 25 anos.
- Transmissão pela **saliva**.
- Faringite, febre e linfadenopatia.
- Sinal oral: **petéquias no palato mole/duro**.
- Autolimitante: resolve em **4–6 semanas**. Anestésicos, analgésicos e anti-inflamatórios tópicos e/ou sistêmicos.



Faringite e petéquias palatinas.
Material da aula

Papilomavírus humano (HPV)

- **Vírus de DNA**; transmissão sexual ou vertical (parto). Mais de 200 tipos.
- **Baixo risco: 6 e 11** · **Alto risco: 16 e 18** (ligados ao câncer de orofaringe e de colo do útero).
- Prevenção: **vacina no SUS desde 2014**.

VERRUGA VULGAR ORAL

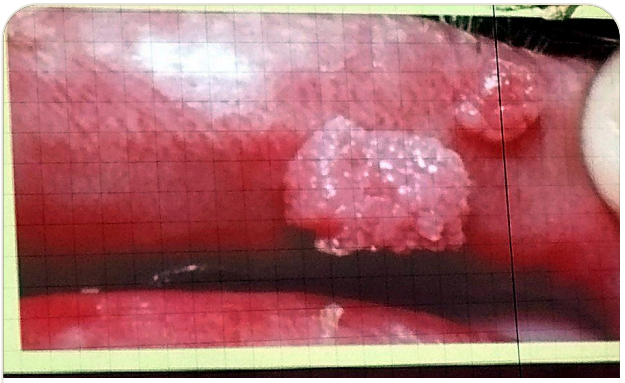
Crianças e adolescentes · nódulos esbranquiçados de base **séssil**, superfície rugosa (exofítica) · **autoinoculação das mãos** · excisão cirúrgica.

CONDILOMA ACUMINADO

Verrugas de superfície papilar com projeções curtas e embotadas (**"couve-flor"**) · língua e lábio superior · **remoção cirúrgica obrigatória**.



Verruga vulgar.
Material da aula



Condiloma acuminado (“couve-flor”).
Material da aula

6. Doenças autoimunes e lesões imunomediadas

POR QUE IMPORTA AO DENTISTA
As lesões orais são frequentemente as **primeiras manifestações** de doenças sistêmicas e permitem o **diagnóstico precoce**.

1	2	3	4
Produção inadequada de células inflamatórias e anticorpos	Fatores genéticos, ambientais ou falha na regulação imune (tolerância)	Resposta contra estruturas do próprio corpo (autoimunidade)	Lesões autoimunes ou imunomediadas

Pênfigo vulgar (PV)

Pênfigos são doenças autoimunes que causam **lesões bolhosas em pele e mucosa**. O **pênfigo vulgar** é o mais comum e o que mais acomete a mucosa oral.

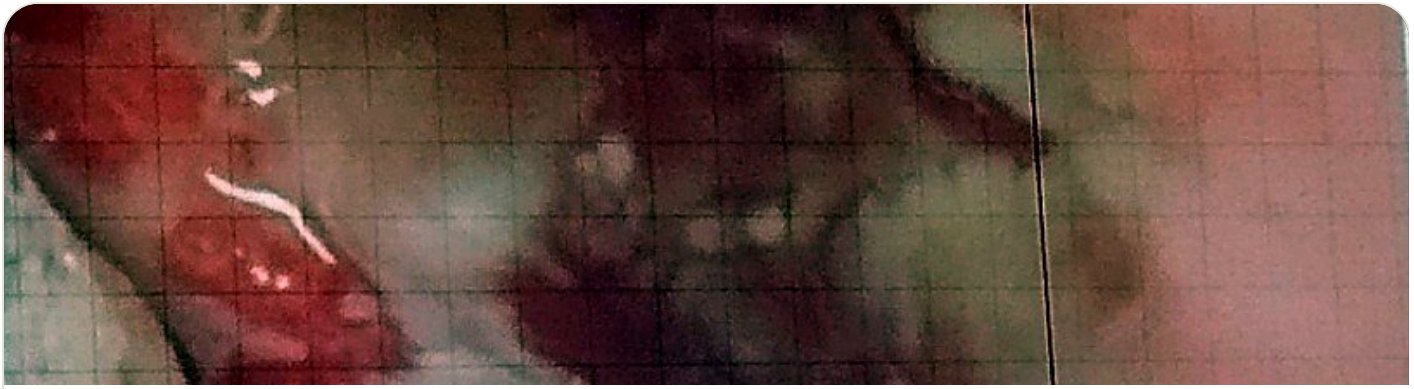
- Gatilhos: alimentação, agentes ambientais, infecções, drogas, alérgenos, estresse. Etiologia incerta (fatores genéticos e étnicos).
- Predileção: **mulheres, 4ª a 6ª década**.
- **Anticorpos IgG** contra glicoproteínas dos **desmossomos (desmogleínas 1 e 3)** → perda da adesão entre células → bolhas **intraepiteliais suprabasais**.
- **Acantólise**: separação das células do estrato suprabasal. **Fenda intraepitelial** acima da camada basal. **Células de Tzanck**: queratinócitos arredondados soltos na fenda.

CLÍNICA

Lesões **erosivas e ulcerativas dolorosas**. As bolhas raramente são vistas (rompem fácil). Sítios: **palato mole**, mucosa jugal e labial, gengiva (**gengivite descamativa**). Na pele: bolhas flácidas → erosões dolorosas, mais no tronco.

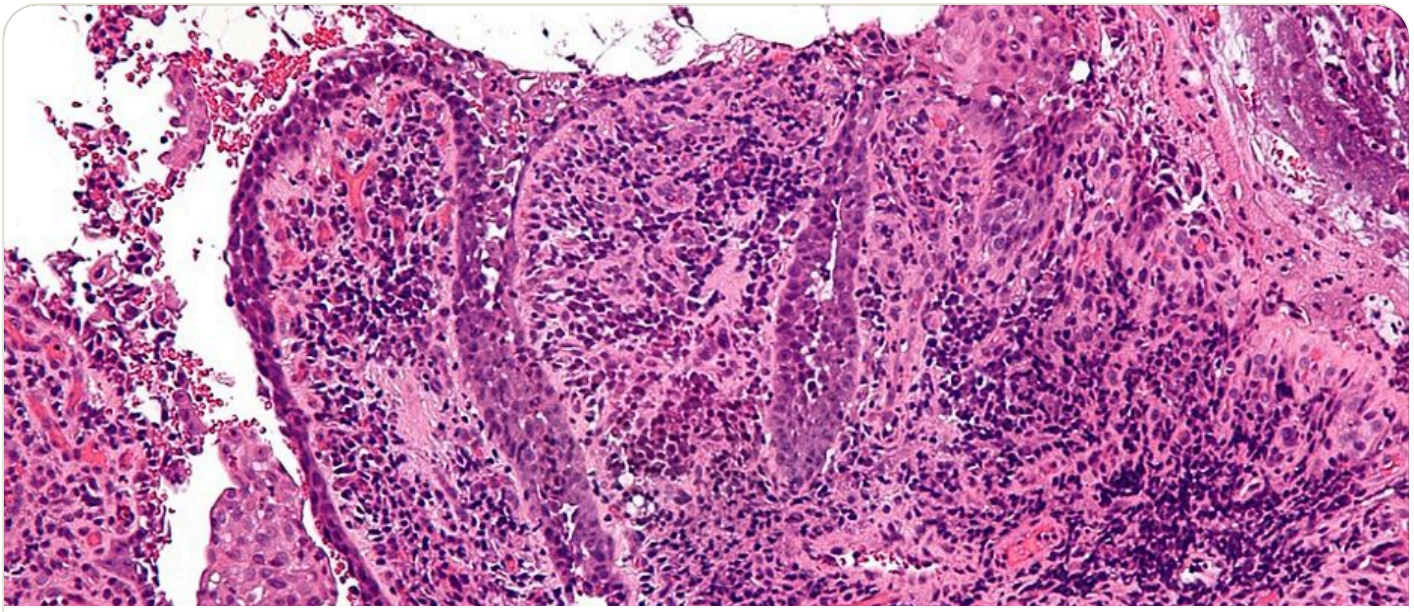
FRASE DE PROVA

As lesões bucais são os **primeiros sinais** da doença e as **últimas a se reparar**.



PV: múltiplas erosões na mucosa jugal e no palato mole.

Material da aula (Neville, 2025)



Histologia: fenda suprabasal com acantólise.

Foto: Nephron, CC BY-SA 3.0

SINAL DE NIKOLSKY

Friccionar pele ou mucosa ao lado da lesão e observar a **formação de nova lesão**.

CITOLOGIA ESFOLIATIVA

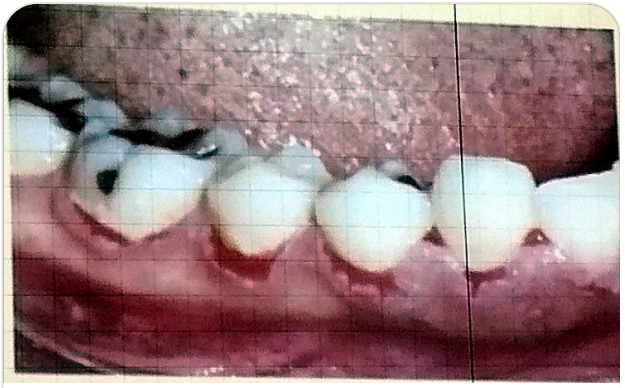
Detecta as **células de Tzanck**.

BIÓPSIA

Com **imunofluorescência**.

TRATAMENTO E PROGNÓSTICO

Sistêmico: corticosteroide (**prednisolona**) + imunossupressores (azatioprina, dapsona, metotrexato).
Tópico (adjuvante): dexametasona elixir 0,1 mg/mL, betametasona elixir 0,1 mg/mL, clobetasol: reduzem a dor e dão conforto.
Lesões orais: terapia periodontal básica e de suporte (a doença periodontal por placa pode agravar o quadro).
O PV **pode ser fatal** se não tratado (desidratação, infecções secundárias); evolui com remissões e exacerbações.



Gengivite descamativa: banda eritematosa na gengiva marginal e inserida, com bolhas. Quadro comum a várias doenças vesicobolhosas.

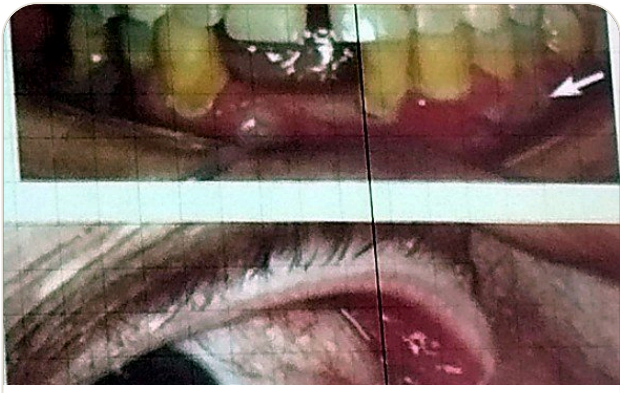
Material da aula

Penfigoide das membranas mucosas (PMM)

- Doenças vesicobolhosas autoimunes **crônicas**: mucosa **oral, ocular e genital**.
- **3× mais raro que o PV**; predomina em **mulheres e idosos**.
- Autoanticorpos contra a **zona da membrana basal (hemidesmossomos)** → separação completa entre epitélio e conjuntivo → **bolhas subepiteliais**.
- Oral: lesões que viram extensas úlceras na mucosa jugal, palato, língua e gengiva (gengivite descamativa). Também conjuntiva, laringe, nasofaringe, esôfago e genital.

COMPLICAÇÃO OCULAR

Ulceração e inflamação → **fibrose subconjuntival** → **simbléfaro** (pálpebra aderida ao globo), obstrução da glândula lacrimal, córnea com queratina em excesso → **cegueira**.



PMM: gengivite descamativa e envolvimento ocular.

Material da aula

PMM: TRATAMENTO	
Tópico	Dexametasona elixir 0,1 mg/mL ou betametasona elixir 0,1 mg/mL · **triancinolona acetonida** ou **propionato de clobetasol (0,05–0,025%)** em solução ou orabase · associar **antifúngico** · **15 dias contínuos**
Grave/disseminado	Imunossupressão sistêmica: **prednisona 0,5 a 1,5 mg/kg/dia** até o controle
Gengiva	Corticoide tópico + terapia periodontal básica e de suporte
Prognóstico	Doença crônica; exige controle prolongado. Sequelas graves: **cegueira e obstrução das vias aéreas**

	PÊNFIGO VULGAR	PENFIGOIDE (PMM)
Alvo	Desmossomos (desmogleínas 1 e 3)	Hemidesmossomos (membrana basal)
Bolha	**Intraepitelial** (suprabasal), acantólise	**Subepitelial**
Frequência	Mais comum	3× mais raro
Quem	Mulheres, 4ª–6ª década	Mulheres e idosos
Risco maior	Fatal sem tratamento	Cegueira (olho)

Lúpus eritematoso

- Doença autoimune **multissistêmica**; **8× mais em mulheres**.
- Tipos: cutâneo crônico, subagudo, agudo e **sistêmico (LES)**.
- Afeta rins, SNC, sistema cardiovascular, articulações e sangue.
- Etiologia multifatorial (genética, imunológica, hormonal, ambiental); hiperatividade dos **linfócitos B** e função atípica dos **linfócitos T**.

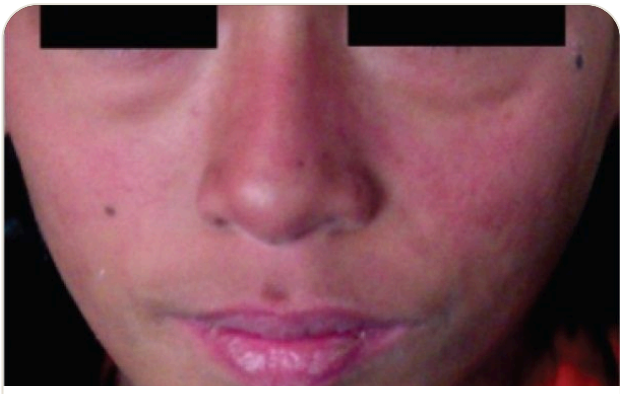
PELE

Asa de borboleta: eritema malar fotossensível no dorso nasal e bochechas. **Lesões discoides**: cicatriciais, com descamação, atrofia e alteração de pigmento.

BOCA

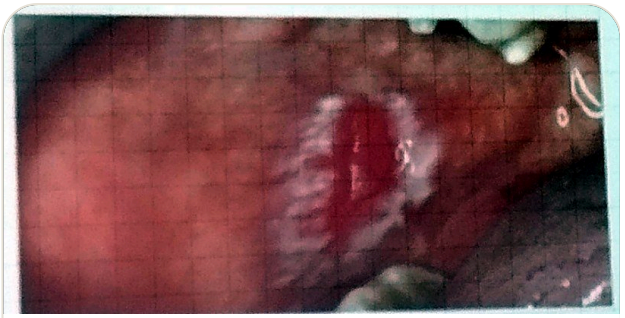
Em até **45%** dos pacientes com LES. **Padrão liquenoide**: áreas erosivas centrais com **estrias brancas irradiadas**. Palato duro, mucosa jugal e vermelhão do lábio.

Tratamento: tópicos (dexametasona elixir, clobetasol 0,05%, triancinolona orabase, **tacrolimo**) · sistêmicos (**prednisona**, azatioprina/metotrexato, **hidroxicloroquina**).



Eritema malar “em asa de borboleta”.

Foto: OpenStax, CC BY 4.0



Lesão oral liquenoide.

Material da aula

Síndrome de Sjögren (SS)

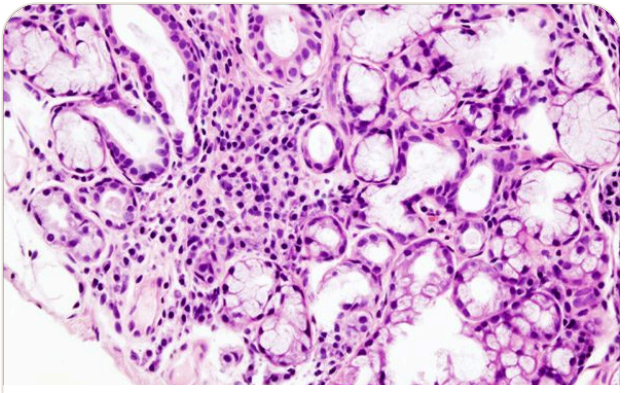
- Doença autoimune crônica das **glândulas exócrinas**.
- **Primária** ou **secundária** (artrite reumatoide, esclerose, lúpus).
- **Inflamação linfocítica** no parênquima das glândulas.
- **Xeroftalmia** (olhos secos) + **xerostomia** → língua fissurada, **candidíase eritematosa**, cáries.
- Aumento recorrente das **parótidas** (sialadenite degenerativa).
- Diagnóstico: **biópsia de glândulas salivares menores** (sialadenite linfocítica focal).

> **RISCO**
> Risco aumentado de **linfoma não-Hodgkin de células B**.



Xerostomia: língua seca e fissurada.

scientificanimations.com, CC BY-SA 4.0



Biópsia de glândula salivar menor: infiltrado linfocítico focal.

Wikimedia Commons, CC BY-SA 3.0

Líquen plano oral

- Histologia: **degeneração por liquefação da camada basal** + **infiltrado linfocítico em banda** subepitelial.
- **Estrias de Wickham**: linhas brancas entrelaçadas em rede.
- **Simetria bilateral** (clássico na mucosa jugal).
- Prevalência de **1% a 2,2%** da população.

POTENCIAL MALIGNO
É uma **doença potencialmente maligna**: acompanhamento **semestral**, ou **trimestral** nas formas erosivas.



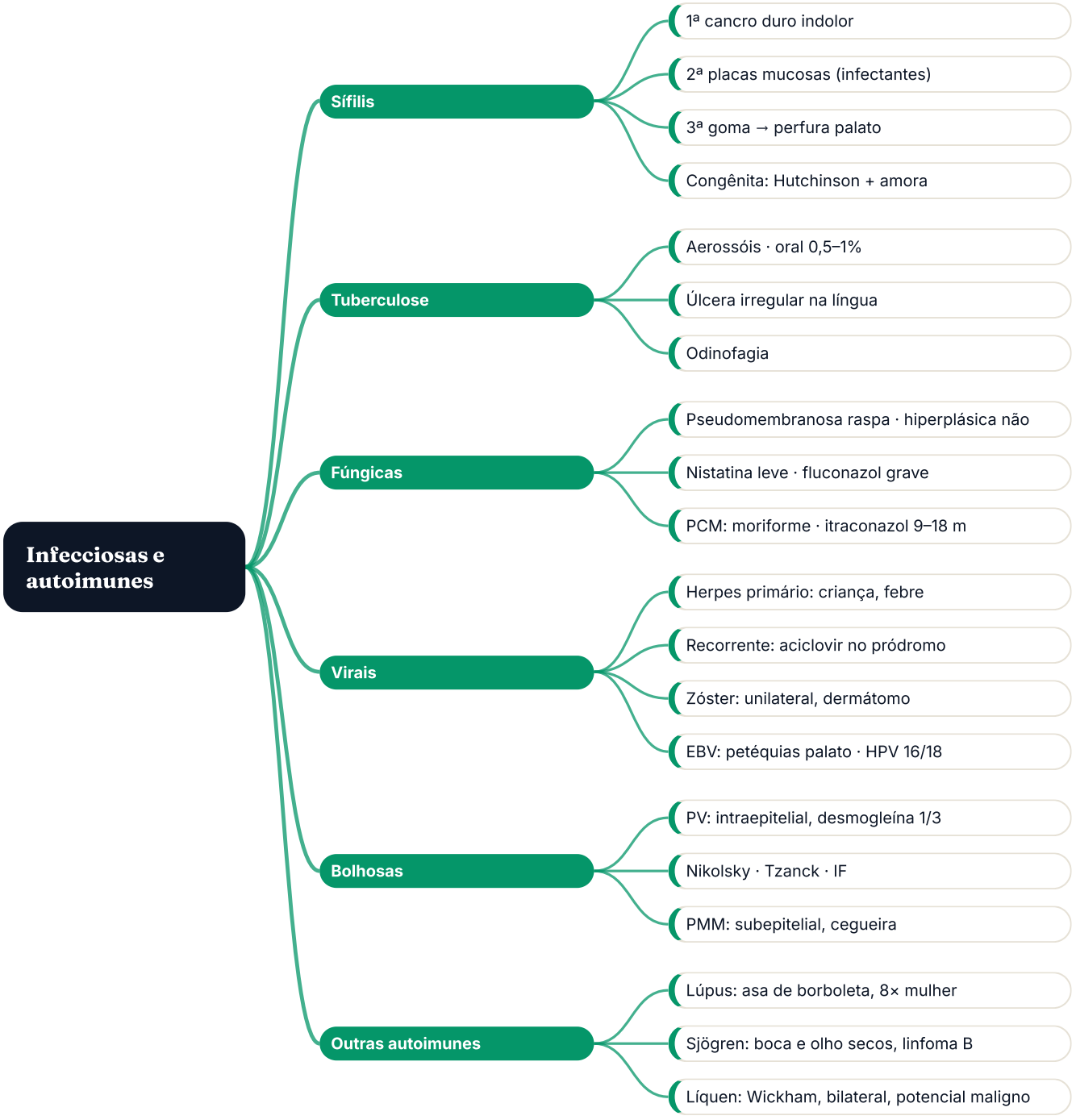
Estrias de Wickham na mucosa jugal.
Foto: Syed Wali Peeran, CC BY-SA 4.0



Forma erosiva.
Foto: Syed Wali Peeran, CC BY-SA 4.0

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA AULA
O cirurgião-dentista é **peça-chave** no diagnóstico das doenças autoimunes. A maioria produz lesões **erosivas ou ulcerativas crônicas**. No diagnóstico diferencial, exclua causas **traumáticas, infecciosas (vírus) e neoplásicas**.
Exame clínico + biópsia + imunofluorescência = diagnóstico seguro.

Mapa mental · Infecciosas e autoimunes



Questões do módulo (13)

QUESTÃO 1

O cancro duro da sífilis primária caracteriza-se por:

A Múltiplas vesículas dolorosas

B Úlcera única, indolor, de borda firme

C Placa branca raspável

D Lesão em couve-flor

Gabarito: B. Explicação: Úlcera única, indolor, 1–2 cm, base e borda firmes; surge cerca de 3 semanas após o contato e cicatriza sozinha.

QUESTÃO 2

As lesões mais infectantes da sífilis são:

A Goma sifilítica

B Placas mucosas da fase secundária

C Dentes de Hutchinson

D Cancro cicatrizado

Gabarito: B. Explicação: As placas mucosas da sífilis secundária são altamente infectantes; 30% têm lesão oral.

QUESTÃO 3

A tríade de Hutchinson inclui:

A Dentes anômalos, ceratite intersticial e surdez

B Nefropatia, surdez e catarata

C Febre, faringite e petéquias

D Xerostomia, xeroftalmia e parotidite

Gabarito: A. Explicação: Dentes de Hutchinson/molares em amora + ceratite intersticial + surdez (VIII par).

QUESTÃO 4

A forma de candidíase que NÃO se remove por raspagem e tem relatos de malignização é a:

A Pseudomembranosa aguda

B Eritematosa aguda

C Hiperplásica crônica

D Queilite angular

Gabarito: C. Explicação: Hiperplásica crônica: placas brancas bem demarcadas, não raspáveis, em fumantes; relatos de CEC.

QUESTÃO 5

A estomatite protética corresponde a qual forma de candidíase?

A Pseudomembranosa

B Eritematosa crônica

C Hiperplásica

D Mucocutânea

Gabarito: B. Explicação: Eritematosa (atrófica) crônica: a forma mais comum, no palato de usuários de prótese total.

QUESTÃO 6

Na candidíase moderada a grave, o protocolo apresentado é:

A Nistatina 5 mL 1×/semana

B Fluconazol 150 mg VO 1×/dia por 7–14 dias

C Aciclovir 400 mg

D Itraconazol por 18 meses

Gabarito: B. Explicação: Leve: nistatina 100.000 UI/mL, 5 mL 4–5×/dia. Moderada/grave: fluconazol 150 mg/dia por 7–14 dias.

QUESTÃO 7

A estomatite moriforme é típica de:

A Tuberculose

B Paracoccidioidomicose

C Pênfigo vulgar

D Sífilis secundária

Gabarito: B. Explicação: PCM: úlceras granulomatosas com pontilhado hemorrágico (aspecto de amora); tratamento com itraconazol por 9–18 meses.

QUESTÃO 8

O herpes-zóster caracteriza-se por:

A Lesões bilaterais simétricas

B Lesões unilaterais que seguem o dermátomo e não cruzam a linha média

C Placas brancas raspáveis

D Petéquias no palato

Gabarito: B. Explicação: Unilateralidade é a chave; a dor neurálgica precede as vesículas. Comum em idosos e imunocomprometidos.

QUESTÃO 9

Para o herpes labial recorrente, melhores resultados ocorrem quando o tratamento começa:

- A Na fase de crostas
- B Na fase prodrômica
- C Após 10 dias
- D Só se houver febre

Gabarito: B. Explicação: Aciclovir 400 mg 3×/dia por 7–10 dias, ou fotodinâmica; ideal iniciar no pródromo (ardor e prurido).

QUESTÃO 10

No pênfigo vulgar, os autoanticorpos atacam:

- A Hemidesmossomos
- B Desmogleínas 1 e 3 dos desmossomos
- C Colágeno tipo IV
- D Glândulas salivares

Gabarito: B. Explicação: IgG contra desmogleínas 1 e 3 → acantólise e bolha intraepitelial suprabasal com células de Tzanck.

QUESTÃO 11

O sinal de Nikolsky consiste em:

- A Raspar a lesão branca
- B Friccionar a mucosa perilesional e ver nova lesão se formar
- C Corar com azul de toluidina
- D Palpar linfonodos

Gabarito: B. Explicação: Junto com a citologia esfoliativa (Tzanck) e a biópsia com imunofluorescência, é diagnóstico do PV.

QUESTÃO 12

Qual a principal diferença do penfigoide das membranas mucosas para o PV?

- A A bolha é subepitelial e pode causar cegueira
- B A bolha é intraepitelial
- C É mais comum que o PV
- D Não afeta a gengiva

Gabarito: A. Explicação: PMM: anticorpos contra hemidesmossomos, bolha subepitelial, 3× mais raro, risco de simbléfaro e cegueira.

QUESTÃO 13

Sobre o líquen plano oral, é correto:

- A É unilateral e raspável
- B Tem estrias de Wickham, é bilateral e potencialmente maligno
- C É causado por fungo
- D Só ocorre em crianças

Gabarito: B. Explicação: Estrias de Wickham em rede, simetria bilateral na jugal, 1–2,2% de prevalência; acompanhar a cada 6 meses (3 nas erosivas).

MÓDULO 4 · AULA 4 · 27/10

Atenção odontológica ao paciente oncológico

Conceitos · Lesões potencialmente malignas · Estadiamento TNM · Quimio e radioterapia · Efeitos secundários e receitas · Conduta antes, durante e depois · Ref.: Kignel, *Estomatologia*, 3ª ed., 2020 (cap. 16); Varellis, 2017 (cap. 13).



EM 30 SEGUNDOS

- **Neoplasia** é autônoma e persiste sem o estímulo; **processo proliferativo** é inflamatório e autolimitado.
- Epitélio → **carcinoma**; conjuntivo → **sarcoma**. Câncer bucal: razão homem:mulher caiu de **5:1 para ~3,2:1** no Brasil.
- **TNM:** T1 ≤2 cm · T2 >2 e <4 cm · T3 >4 cm · T4 invade estruturas · N1 linfonodo único ipsilateral ≤3 cm · N3 >6 cm · M1 = metástase.
- RT de cabeça e pescoço: **60–70 Gy**; mucosite surge na **2ª semana**; cárie de radiação pode destruir a dentição em **1 ano**; ORN acomete mais a **mandíbula**.
- QT: **leucopenia acentuada ou trombocitopenia** contraindicam procedimentos; plaquetas <150.000/mm³ → sangramento.

1. Conceitos e nomenclatura

PROCESSO PROLIFERATIVO

Crescimento tecidual de natureza **inflamatória**, em resposta a agressões locais de baixa intensidade. **Autolimitado.**
Ex.: **granuloma piogênico**.

NEOPLASIA

Massa anormal de tecido, **sem propósito e autônoma**. **Persiste** mesmo após o fim do estímulo inicial.
Ex.: **carcinoma de células escamosas (CCE)**.

	BENIGNA	MALIGNA
Células	Semelhantes ao tecido de origem	Indiferenciadas
Local	Restrita ao local inicial	Invade e destrói
Vizinhos	Não invade	Potencial de **metástase**

Tecido de origem → câncer: **epitélio = carcinoma · conjuntivo = sarcoma**.



Acima, granuloma piogênico (proliferativo); abaixo, CCE (neoplasia).
Material da aula (Kignel, 2020)

CÂNCER BUCAL NO BRASIL

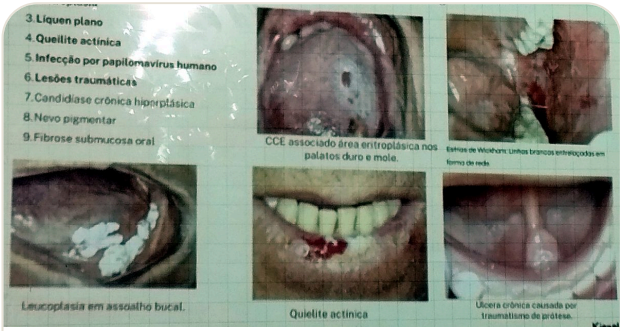
Homens: historicamente mais afetados (álcool e fumo).
Mulheres: aumento gradual nas últimas décadas (mudança de papel social, **tabagismo feminino**).
Razão H:M: era **5:1**, hoje cerca de **3,2:1**.

Principais agentes etiológicos

Tabaco · **Álcool** · **Traumatismos crônicos** · **Radiação UVB (lábio, trabalhador rural)** · **Vírus** · **Hospedeiro: genética, deficiências nutricionais, imunodeficiências**

2. Lesões potencialmente malignas

1. Leucoplasia
2. Eritroplasia
3. Líquen plano
4. Queilite actínica
5. Infecção por HPV
6. Lesões traumáticas
7. Candidíase crônica hiperplásica
8. Nevo pigmentar
9. Fibrose submucosa oral

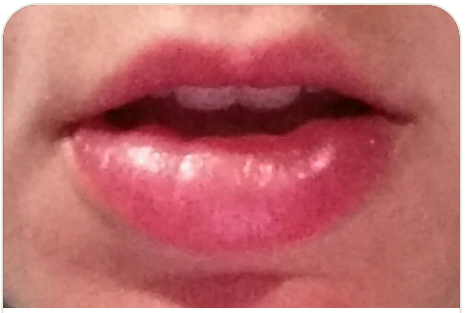


CCE com eritroplasia, leucoplasia, queilite actínica e úlcera traumática por prótese.
Material da aula (Kignel, 2020)



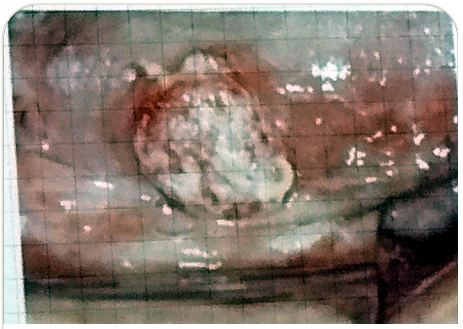
Leucoplasia: placa branca que não raspa.

Foto: Klaus D. Peter, CC BY 3.0



Queilite actínica: lábio inferior ressecado e sem limite nítido.

Foto: Beardfiercely, CC BY-SA 4.0



Carcinoma de células escamosas.

Material da aula (Kignel, 2020)

3. Sistema de estadiamento TNM

T: TUMOR (TAMANHO E INVASÃO)

- **TX**: não pode ser avaliado
- **T0**: sem evidência de tumor primário
- **Tis**: carcinoma in situ
- **T1**: até 2 cm
- **T2**: >2 cm e <4 cm
- **T3**: >4 cm
- **T4**: invade outras estruturas anatômicas

N: LINFONODOS REGIONAIS

- **NX**: não podem ser avaliados
- **N0**: sem metástase linfonodal
- **N1**: um único linfonodo **ipsilateral ≤3 cm**
- **N2**: único ipsi- ou bilateral, **>3 cm e ≤6 cm**
- **N3**: linfonodo **>6 cm**

M: METÁSTASE À DISTÂNCIA

- **M0**: ausente
- **M1**: presente

Linfonodo suspeito à palpação: aumentado, **consistência pétrea**, contorno mal definido, **aderido a planos profundos**, superfície rugosa, indolor.

ESTÁDIO	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3 · ou T1, T2, T3	N0 · N1	M0
IV	T4 · qualquer T · qualquer T	N0/N1 · N2/N3 · qualquer N	M0 · M0 · **M1**

PARA MEMORIZAR

Qualquer **M1** é estádio IV. Qualquer **N2/N3** já é IV. **N1** joga para pelo menos III.

4. Tratamento: quimioterapia e radioterapia

O tratamento oncológico exige abordagem **multiprofissional**, do diagnóstico à reabilitação. A atuação do cirurgião-dentista visa **prevenir complicações bucais, reduzir dor e desconforto, melhorar a qualidade de vida e promover a reabilitação protética**.

Opções: cirurgia, quimio e radioterapia. QT e RT destroem ou inibem o crescimento das células tumorais, interferindo na **divisão celular**, e agem em células de **grande atividade mitótica**. **Não diferenciam células doentes das normais**, por isso têm efeitos colaterais na boca, agudos ou crônicos.

ADULTOS

Radioterapia e cirurgia; quimioterapia associada poucas vezes.

CRIANÇAS

Radioterapia pouco usada; **quimioterapia é o tratamento de eleição**.

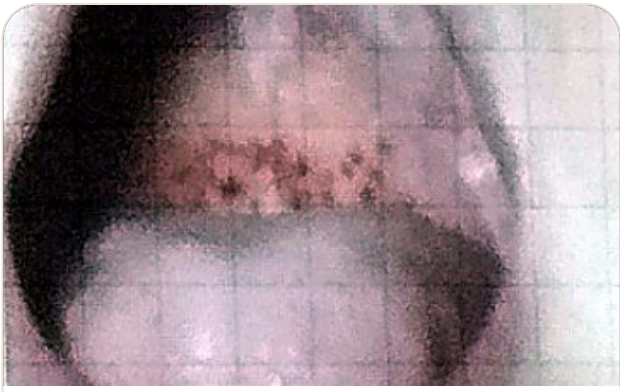
QUIMIOTERAPIA

- **Neoadjuvante**: antes de cirurgia e RT, com altas taxas de resposta e preservação do órgão.
- Recidiva ou metástase: finalidade **paliativa**.
- QT + RT potencializa a ação antitumoral e previne metástases.
- Uso crescente em cabeça e pescoço: deixa as células **radiossensíveis**.
- Afeta a **medula óssea**: hemácias (O_2), leucócitos (defesa), **plaquetas** (sangramento).
- Cada fármaco tem seu grau de **estomatotoxicidade**.

RADIOTERAPIA

- Radiações **ionizantes** destroem células neoplásicas, que são mais penetráveis.
- Lesão celular direta ou por **radicais livres**.
- Eficácia depende da dose, da atividade proliferativa e da fase do ciclo celular.
- Tecidos com alta atividade mitótica são mais radiossensíveis: a **mucosa bucal** é muito sensível.
- Dose tumoricida maxilofacial: **60 a 70 Gy**.
- **40%** de complicações orais, cicatrização difícil e menos resistência a infecções.

REAÇÃO ADVERSA DA QT	SINAIS E CUIDADOS
Trombocitopenia	Hemorragias e **petéquias** na boca. Evitar ferir; se houver sangramento, **pressão por 10 min**; escova de cerdas macias; **não usar AAS**.
Anemia	Palidez, sonolência, cefaleia, fadiga, falta de ar, palpitações. Pode exigir transfusão ou eritropoietina.
Leucopenia	Imunossupressão e maior risco de infecção.
Mucosite	Ver a seguir.



Petéquias no palato por trombocitopenia.
Material da aula (Varellis, 2017)

CONDUTA NA QUIMIOTERAPIA

- **Leucopenia acentuada**: todos os procedimentos estão **contraindicados** (risco de complicações sistêmicas).
- **Trombocitopenia**: contraindicada qualquer manipulação (hemorragia).
- **Neutropenia**: risco de infecções graves.
- Procedimentos são **adiados para a fase seguinte pós-QT**; mucosite: higiene correta e alívio dos sintomas; após a QT, tratar normalmente, com atenção à recuperação das taxas sanguíneas.

5. Efeitos secundários do tratamento oncológico

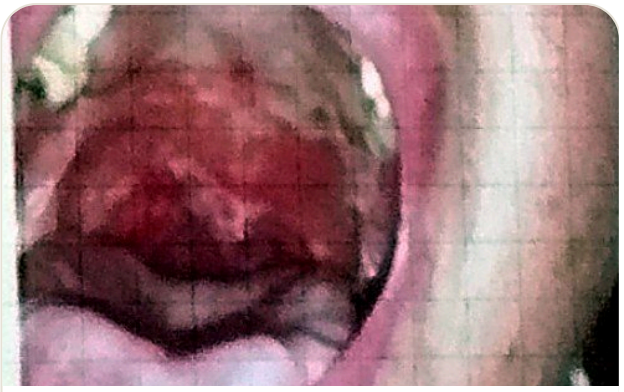
Fatores que pioram: RT + QT juntas · **idade** (quanto mais jovem, maior o índice mitótico da mucosa) · **diagnóstico** (neoplasias do sangue e do trato gastrointestinal têm mais complicações bucais) · **estado bucal** (higiene ruim, focos infecciosos e doença periodontal aumentam os efeitos).

Mucosite

- Surge geralmente na **2ª semana** de tratamento.
- No início, mucosa atrófica e **amarelo-pálida**; evolui para áreas erosivas, eritematosas e dolorosas.
- Pode atingir nasofaringe e esôfago.
- Acomete principalmente mucosa **não queratinizada**, geralmente bilateral.
- É a **principal causa de dor** durante o tratamento; dificulta a alimentação e favorece infecções oportunistas.

CUIDADOS

Gravidade e estado hematológico definem o manejo. Higiene oral meticulosa e alívio dos sintomas: limpeza atraumática · lábios e boca hidratados · **enxágues salinos** · analgésicos · **triancinolona em orabase** · **elixir de dexametasona** (3–4×/dia) · hidróxidos de alumínio e magnésio · **água bicarbonatada** (3–4×/dia) · **laserterapia**.



Mucosite oral: áreas eritematosas e ulceradas.
Material da aula (Varellis, 2017)

RECEITA 1: MUCOSITE

Uso tópico bucal
Triancinolona acetonida em Orabase (Omcilon-A Orabase®): 1 bisnaga.
Aplicar pequena quantidade sobre a área, formando película fina, **3×/dia ou mais**, de preferência após as refeições e antes de dormir, por **7 dias**, com reavaliação.

RECEITA 2: MUCOSITE

Uso tópico bucal (não ingerir)
Dexametasona elixir 0,1 mg/mL: 1 frasco.
Bochechar **5 mL por 2 min e cuspir**, 3×/dia após as refeições, por 7 dias. Não engolir; não comer nem beber por **30 min**; retorno em 7 dias.

Xerostomia

- Complicação **precoce**, por lesão das glândulas salivares irradiadas.
- Mais bactérias cariogênicas, menos não cariogênicas.
- Perda do paladar e dificuldade de reter próteses.
- Saliva mais ácida: mais doença periodontal e candidíase.

ALÍVIO

Saliva artificial em spray (Kin Hidrat®): 2 a 3 jatos na boca sempre que sentir boca seca; não enxaguar; não comer nem beber por 15 min.
Estímulo: pilocarpina HCl 5 mg (manipulada; Salagen®) até 4×/dia.

Disgeusia (alteração do paladar)

Alteração profunda do paladar. O paciente faz dieta restritiva e muitos passam a preferir uma **dieta cariogênica**, com alimentos pastosos e adocicados.

PARA MINIMIZAR

Sulfato de zinco 50 mg, 4×/dia: o zinco participa da renovação das células das papilas gustativas.

Disfagia

Reação aguda em tumores de cabeça e pescoço, **10 a 17 dias** após a radiação, podendo durar anos. Causas: xerostomia, menor lubrificação do trato gastrointestinal, **fibrose e atrofia dos músculos da faringe**.

Cárie de radiação

- Ação direta da radiação nos dentes + consequência da **xerostomia**.
- Lesões de **evolução rápida**: podem destruir uma dentição hígida em **1 ano**.
- Avançam mais em **superfície** do que em profundidade.
- Sensação de dentes “crescidos” e hipersensíveis.



Cárie de radiação: lesões cervicais e incisais generalizadas.

Material da aula (Varellis, 2017)

Candidíase no paciente oncológico

A **leucopenia** aumenta o risco. A candidíase piora a mucosite, causa dor e ardência intensas, agrava a disfagia (risco de desidratação e desnutrição) e a disgeusia (placas cobrem as papilas). **Tratamento:** suspensão de nistatina; se persistir, **fluconazol**.

RECEITA 3: CANDIDÍASE

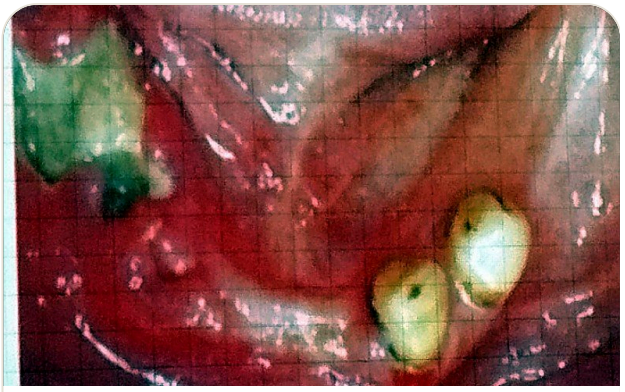
Uso oral
Nistatina 100.000 UI/mL, suspensão oral (50 mL): 3 frascos.
Bochechar **5 mL por ~2 min e engolir**, 4×/dia por 7 dias. Agitar antes; espalhar por toda a mucosa; não comer nem beber por 30 min.

CUSPIR OU ENGOLIR?
Dexametasona elixir: CUSPIR (corticoide tópico, não ingerir). **Nistatina: ENGOLIR** (trata também a orofaringe).

Osteorradionecrose (ORN)

- Perda da mucosa ou da pele que reveste a boca, com **exposição de osso necrótico**.
- **Diagnóstico:** exposição óssea por **3 a 6 meses** + fístulas bucais ou cutâneas, trismo, secreção purulenta, dor e dificuldade de mastigar.
- Risco varia com a dose total e a localização do tumor.
- **Pacientes idosos**: risco maior (vascularização óssea reduzida).
- **Mandíbula**: sítio mais acometido (osso mais compacto e denso, com menos fluxo sanguíneo).

TRATAMENTO
Irrigação local com soluções antibióticas, **câmara hiperbárica** e cirurgia para remover os sequestros ósseos.



Exposição óssea por osteorradionecrose.
Material da aula (Varellis, 2017)

ALTERAÇÕES PERIODONTAIS

Estruturas irradiadas sofrem mudanças morfológicas e histológicas e ficam mais suscetíveis a infecções (higiene impecável!). Menor resistência facilita a ORN após traumas ou infecções no osso irradiado. **Sangramento gengival** = sinal de trombocitopenia (**<150.000/mm³**).

TRISMO MUSCULAR

ATM e músculos da mastigação irradiados → **fibrose** → dificuldade de abrir a boca, mastigar, higienizar e tratar (regiões posteriores). Desenvolve-se aos poucos, sobretudo em tumores de **nasofaringe e retromolares**.

6. Atenção odontológica: antes, durante e depois

AVALIAÇÃO PRÉ-TRATAMENTO

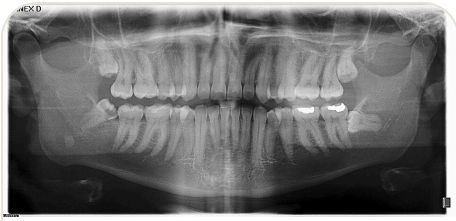
Avaliação cuidadosa para encontrar **portas de entrada de infecção** durante a leucopenia. **Fatores de risco:** dentes em mau estado ou com cárie · inflamação gengival · infecções de origem endodôntica · má higiene.
→ Prepare o meio bucal **eliminando todos os focos de infecção**. A mucosite será **tão intensa quanto pior for a higiene**. Ensine escovação **atraumática**: na trombocitopenia há risco de sangramento gengival.

1 **Planejamento odontológico**
Avaliação **antes** de começar QT/RT · plano feito junto com o médico, considerando o tempo disponível · adequação do meio bucal eliminando focos · **exodontia** de dentes comprometidos ou com prognóstico ruim a curto prazo · preservação dos dentes sadios · radiografias panorâmicas e periapicais.

1 **Cuidados durante o tratamento**
Garantir acesso a atendimento preventivo, curativo e de emergência · na **aplasia**, evitar procedimentos · intervenções: discutir antes com o médico · anestésicos locais: considerar o quadro sistêmico (a neoplasia sozinha **não restringe** o tipo de anestésico) · antibióticos: discutir com a equipe · monitorar leucopenia, anemia e infecções.

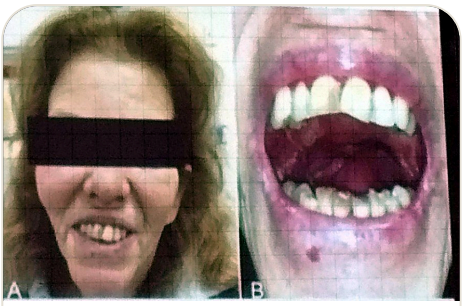
2 **Medidas preventivas**
Reforçar a higiene com o paciente e o responsável · **selantes** em dentes recém-erupcionados · **remover aparelhos ortodônticos e PPR** · **desgastar cúspides** que traumatizam a mucosa · acompanhamento antes e durante.

2 **Objetivos**
Adequar a boca ao tratamento oncológico · reduzir complicações sistêmicas · minimizar a dor · melhorar a qualidade de vida.



Radiografia panorâmica: base da avaliação pré-oncológica.

Foto: Dennis van Zuijlekom, CC BY-SA 2.0



Trismo: abertura bucal limitada.

Material da aula (Varellis, 2017)

Mapa mental · Paciente oncológico



Questões do módulo (13)

QUESTÃO 1

O que diferencia neoplasia de processo proliferativo?

A. A neoplasia é autolimitada

B. A neoplasia é autônoma e persiste após o fim do estímulo

C. O processo proliferativo dá metástase

D. Não há diferença

Gabarito: B. Explicação: Processo proliferativo (ex.: granuloma piogênico) é inflamatório e autolimitado; neoplasia (ex.: CCE) é autônoma.

QUESTÃO 2

Uma neoplasia maligna de origem epitelial é chamada de:

A. Sarcoma

B. Carcinoma

C. Linfoma

D. Adenoma

Gabarito: B. Explicação: Epitélio → carcinoma; conjuntivo → sarcoma.

QUESTÃO 3

Tumor de 3 cm, um linfonodo ipsilateral de 2 cm, sem metástase. TNM e estádio:

A. T1N0M0, I

B. T2N1M0, III

C. T3N1M0, IV

D. T2N2M0, II

Gabarito: B. Explicação: T2 (>2 e <4 cm), N1 (único ipsilateral ≤3 cm), M0 → estádio III.

QUESTÃO 4

Qualquer tumor com M1 corresponde ao estádio:

A. II

B. III

C. IV

D. 0

Gabarito: C. Explicação: Metástase à distância = estádio IV, independentemente de T e N.

QUESTÃO 5

Em crianças com câncer, o tratamento de eleição costuma ser:

A. Radioterapia

B. Quimioterapia

C. Cirurgia isolada

D. Braquiterapia

Gabarito: B. Explicação: Na criança a RT é pouco utilizada; a QT é o tratamento de eleição.

QUESTÃO 6

A dose tumoricida da radioterapia na região maxilofacial é de:

A. 10–20 Gy

B. 30–40 Gy

C. 60–70 Gy

D. 100–120 Gy

Gabarito: C. Explicação: 60 a 70 Gy, com cerca de 40% de complicações orais.

QUESTÃO 7

Na fase de leucopenia acentuada durante a quimioterapia:

A. Fazem-se exodontias eletivas

B. Todos os procedimentos ficam contraindicados

C. Só raspagem é permitida

D. Usa-se AAS para dor

Gabarito: B. Explicação: Leucopenia acentuada contraindica procedimentos; trombocitopenia contraindica qualquer manipulação. Adiar para o pós-QT.

QUESTÃO 8

A mucosite oral geralmente surge:

A. No 1º dia

B. Na 2ª semana de tratamento

C. Após 1 ano

D. Só após o fim da RT

Gabarito: B. Explicação: Na 2ª semana, inicialmente atrófica e amarelo-pálida, evoluindo para erosões dolorosas.

QUESTÃO 9

Na receita de dexametasona elixir 0,1 mg/mL para mucosite, o paciente deve:

- A Bochechar 5 mL por 2 min e engolir
- B Bochechar 5 mL por 2 min e cuspir, 3×/dia
- C Aplicar na pele
- D Tomar 1 colher 1×/dia

Gabarito: B. Explicação: Uso tópico, não ingerir: bochechar e cuspir 3×/dia após as refeições por 7 dias. A nistatina é que se engole.

QUESTÃO 10

Para a disgeusia pós-radioterapia, foi indicado:

- A Pilocarpina
- B Sulfato de zinco 50 mg 4×/dia
- C Fluconazol
- D Triancinolona

Gabarito: B. Explicação: O zinco participa da renovação das células das papilas gustativas.

QUESTÃO 11

A cárie de radiação caracteriza-se por:

- A Evolução lenta, em profundidade
- B Evolução rápida, mais em superfície, podendo destruir a dentição em 1 ano
- C Aparecer só em decíduos
- D Não ter relação com a xerostomia

Gabarito: B. Explicação: Ação direta da radiação + xerostomia; evolui mais em superfície que em profundidade.

QUESTÃO 12

O osso mais acometido pela osteorradionecrose é:

- A Maxila
- B Mandíbula
- C Zigomático
- D Esfenoide

Gabarito: B. Explicação: Mandíbula: osso mais compacto e denso, com menor fluxo sanguíneo. Tratamento: irrigação antibiótica, câmara hiperbárica e sequestrectomia.

QUESTÃO 13

Antes de iniciar a radioterapia de cabeça e pescoço, o dentista deve:

- A Esperar o fim da RT para tratar
- B Eliminar focos de infecção, extrair dentes comprometidos e remover ortodontia/PPR
- C Prescrever antibiótico profilático para todos
- D Fazer clareamento

Gabarito: B. Explicação: Adequação do meio bucal antes do tratamento, com plano feito junto ao médico, selantes e desgaste de cúspides traumáticas.

MÓDULO 5 · AULA 5 · 03/11

Paciente idoso e gestante

Odontogeriatria · Demências e Alzheimer · Parkinson · Aspectos bucais do idoso · Gestação: adaptações, alterações bucais, trimestres, prescrição, anestesia, alto risco e pré-natal odontológico · Refs.: Varellis, 2017; Brasil, 2019.



EM 30 SEGUNDOS

- Idoso no Brasil: **≥60 anos**. Odontogeriatria é especialidade reconhecida desde **2002**. **Demência não é consequência natural do envelhecimento.**
- Alzheimer: a **fase leve** é a melhor para fazer o tratamento planejado; na grave, **mínima intervenção** e atendimento domiciliar ou hospitalar.
- Parkinson: cadeira inclinada **até 45°**, sucção eficiente, **CIV**, retornos a cada **3 meses**, evitar bochechos se a deglutição estiver ruim.
- Gestante: **2º trimestre** é o melhor para eletivos; **urgência se atende em qualquer fase**; decúbito lateral **esquerdo** evita a hipotensão supina.
- **Lidocaína com adrenalina** é a 1ª escolha; **felipressina** e **prilocaína** devem ser evitadas. **Paracetamol** é o analgésico de escolha; **AINEs, evitar a partir da 20ª semana**.

Parte A · Paciente idoso

- O Brasil vive um **envelhecimento populacional**.
- **Pessoa idosa**: 60 anos ou mais.
- **Odontogeriatria**: especialidade reconhecida no Brasil em **2002**.
- **Senescência**: processo fisiológico e natural do envelhecimento, com alterações físicas, cognitivas e funcionais, influenciado por vários fatores.
- O envelhecimento costuma vir com mais risco de **doenças crônicas**.

PLANEJAMENTO
Deve considerar as condições **biológicas, sistêmicas, cognitivas e funcionais** do paciente.

Comorbidades: **Diabetes melito** · **Hipertensão arterial** · **Osteoporose** · **Artrite** · **Depressão** · **Demência** · **Doença de Parkinson**



Planejamento centrado na função e na autonomia.
rawpixel, CC0

Demência e doença de Alzheimer

Demência: declínio das funções cognitivas (aprendizado, atenção, memória, linguagem, comunicação, funções executivas e julgamento). Pode vir com alterações motoras, comportamentais e do convívio social; a prevalência aumenta com a idade; **não é consequência natural nem inevitável do envelhecimento**; reduz o autocuidado e a independência.

Tipos principais: doença de Alzheimer (leve, moderada, grave) · demência vascular · demência com corpos de Lewy · demência frontotemporal.

FASE LEVE (INICIAL)

- Perda de memória recente.
- Dificuldade de linguagem e comunicação.
- Desorientação no tempo e no espaço.
- Dificuldade para decidir; inatividade, desmotivação.
- Humor, ansiedade, depressão; possível agressividade.

Implicação: maior participação e cooperação; **fase mais favorável** para as atividades clínicas planejadas.

FASE MODERADA (INTERMEDIÁRIA)

- Comprometimento cognitivo mais evidente.
- Dificuldade nas atividades diárias.
- Perguntas repetidas, gritos e agitação, distúrbios do sono, alucinações.
- Dependência parcial ou total.

Implicação: dificuldade de higiene e de limpar as próteses · uso de **benzodiazepínicos** · considerar **atendimento domiciliar**.

FASE GRAVE (AVANÇADA)

- Inatividade e grande comprometimento funcional.
- **Disfagia**.
- Perde a capacidade de se comunicar.
- Acamado ou em cadeira de rodas; apatia.

Implicação: assistência contínua · atendimento domiciliar · **mínima intervenção** (adequação do meio bucal) · possibilidade de atendimento **hospitalar**.

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES BUCAIS NA DEMÊNCIA

1. **Higiene deficiente** (apraxia, apatia, perda cognitiva)
2. **Xerostomia** medicamentosa
3. Mais cárie, gengivite e periodontite
4. Lesões de mucosa e infecções fúngicas
5. **Saburra lingual**
6. Próteses: uso contínuo, má qualidade, **estomatite protética**
7. Dificuldade mastigatória (controle neurológico, edentulismo, reabilitação ruim)

Doença de Parkinson

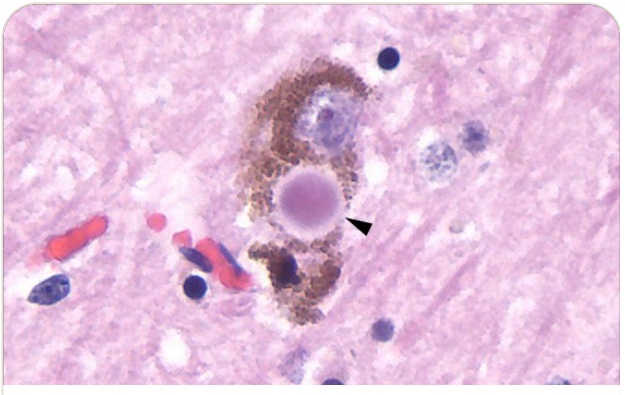
- Neurodegenerativa, **progressiva e irreversível**; mais comum com a idade e no **sexo masculino**.
- Morte progressiva dos neurônios da **substância negra**, que produzem **dopamina** (controle dos movimentos e do equilíbrio).
- Alterações motoras e não motoras (sistema nervoso autônomo). O comprometimento motor e cognitivo interfere na higiene e no tratamento.

MOTORAS

- **Tremor de repouso**
- **Acinesia** (menos expressão facial, dificuldade de engolir e piscar)
- **Bradicinesia** (lentidão)
- Rigidez muscular
- Instabilidade postural e da marcha
- **Micrografia** (letra diminui)

NÃO MOTORAS

- Disfunção autonômica: hipotensão postural, **xerostomia**, arritmias, sudorese, constipação, incontinência
- Sono: insônia, apneia, sonolência diurna
- Depressão, déficit cognitivo, demência
- Psicose induzida por medicamentos (delírios paranoides)



Corpo de Lewy em neurônio da substância negra (histologia).

Foto: Tulemo, CC BY-SA 4.0

MANIFESTAÇÕES OROFACIAIS

- Tremores de lábios e língua
- Movimentos mandibulares involuntários
- Dor orofacial e na ATM
- Desgastes e fraturas dentárias
- Dificuldade de abrir a boca (rigidez)

ALIMENTAÇÃO E DEGLUTIÇÃO

- Mastigação lenta e ineficiente
- Língua com movimentos reduzidos
- Dificuldade de formar e empurrar o bolo alimentar
- **Disfagia** e restos de alimento na boca

Saúde bucal: higiene prejudicada, mais cárie e doença periodontal, dificuldade de pôr e tirar próteses.

SALIVA E SENSORIAL

- **Sialorreia**: dificuldade de engolir; saliva nas comissuras → irritação e **queilite angular** (candidíase).
- **Xerostomia**: disfunção autonômica.
- **Síndrome da ardência bucal**: queimação sem lesão visível; **~25%** dos pacientes com Parkinson; ligada a xerostomia e disgeusia; mais nos **2/3 anteriores da língua**.

MANEJO ODONTOLÓGICO NO PARKINSON

- Orientar e **envolver os cuidadores** na higiene.
- Considerar **escovas elétricas**.
- **Evitar bochechos** se o paciente não consegue cuspir (risco de aspiração); usar antisséptico em **gaze embebida**.
- Retornos preventivos **pelo menos a cada 3 meses**.
- Estabilização protetora passiva: **colchão a vácuo** (mais estabilidade e segurança para o idoso frágil).
- Cadeira inclinada **até 45°**; isolamento absoluto; **sucção eficiente**; abridores de boca.
- Preferir **ionômero de vidro (CIV)**: libera flúor e o risco de cárie é maior.



Colchão a vácuo para estabilização.
Material da aula (Varellis, 2017; Brasil, 2019)



Posições da cadeira: reta, a 45° e quase supina.

Material da aula

Aspectos bucais da pessoa idosa

As necessidades de tratamento giram em torno de **edentulismo, falta de dentes, cárie, abrasões e doença periodontal**.

DENTES: AÇÃO DO TEMPO

- **Desvio mesial** dos dentes pelas forças de oclusão
- Alterações de cor
- **Atrição** pela mastigação ou hábitos
- Mineralização dos canalículos dentinários (calcificação progressiva)
- **Redução da câmara pulpar** (deposição contínua de dentina)

PERIODONTO, MUCOSA E LÍNGUA

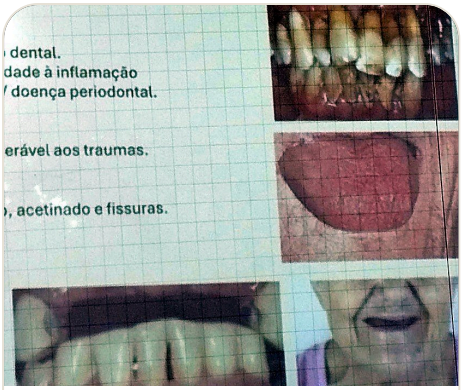
- Retração gengival e perda de inserção
- Perda de colágeno: mais suscetível à inflamação
- Desequilíbrio mastigatório: abfração e doença periodontal
- Mucosa mais **fina e vulnerável** a traumas
- Língua: **atrofia das papilas** (lisa, acetinada, com fissuras); menos paladar

GLÂNDULAS SALIVARES

- **Xerostomia**: atrofia das células secretoras e ductos, fibrose; medicamentos, estresse, ansiedade, diabetes, pouca água.
- Prejudica lubrificação, mobilidade da língua e deglutição.
- Mais cárie e doença periodontal; pigarro, tosse seca e mau hálito.

HIGIENE, APETITE E DOR

- Autoestima baixa: desleixo com a aparência e a higiene; às vezes precisa de **cuidador**.
- Apetite: perda gustativa e olfativa, prótese total, mastigação ruim → alimentos macios, pobres em fibras.
- **Cárie radicular** é a mais comum (retração); infiltração sob restaurações e próteses.
- Dor orofacial: edentulismo, perda precoce, disfunção, parafunção, bruxismo, artrite.



Retração gengival, atrofia lingual e perda dentária.

Material da aula (Varellis, 2017)



Próteses totais: higiene e adaptação são essenciais.

Foto: sander_123, CC BY 2.0

TRATAMENTO: ACESSIBILIDADE E VÍNCULO

- **Observar o paciente no consultório antes de ele sentar na cadeira.**
- Equipe treinada que goste de trabalhar com idosos; acolhimento humanizado.
- Formar vínculo e **ouvir as queixas**; ter agenda disponível.
- Levantar o estado de saúde e os medicamentos.

BARREIRAS ARQUITETÔNICAS

- Falta de vagas especiais.
- Falta de rampas e elevadores.
- Portas estreitas para bengala, andador e cadeira de rodas.
- Pouca iluminação e pisos lisos.
- Sofás e cadeiras muito baixos.

Parte B · Manejo odontológico da gestante

A gestação traz grandes alterações **físicas, hormonais e emocionais** que afetam a saúde bucal e sistêmica. Doenças sistêmicas exigem cuidado individualizado, e o atendimento deve se integrar ao acompanhamento **multiprofissional**. A assistência odontológica ajuda a promover a **saúde materno-fetal**.

SISTEMA	ADAPTAÇÃO FISIOLÓGICA
Cardiovascular	Débito cardíaco ↑ **30–50%** no 3º trimestre; FC e volume sistólico ↑
Hematológico	Leucocitose, **queda fisiológica das plaquetas**, mais fatores de coagulação
Respiratório	Frequência respiratória e consumo de O_2 ↑
Gastrointestinal	Náuseas, vômitos, constipação, azia, mudanças alimentares
Renal	Filtração glomerular ↑ e polaciúria
Endócrino	**Resistência à insulina** → predispõe ao diabetes gestacional



Pré-natal odontológico: cuidado com a mãe e o bebê.
Foto: Grahford, CC BY-SA 2.0

Principais alterações bucais na gestação

Gengivite e hiperplasia gengival: hormônios e maior permeabilidade capilar.

Granuloma piogênico: lesão inflamatória proliferativa benigna em **1 a 5%** das gestantes.

Cárie: alterações salivares, mais refeições e menos higiene.

Erosão dentária: vômitos aumentam a acidez bucal.

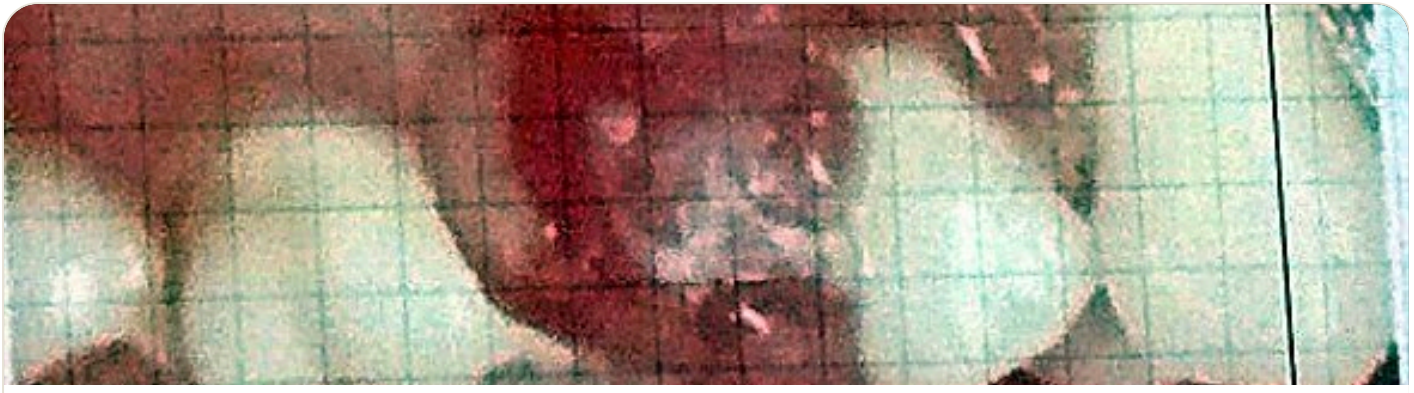
Candidíase: mais suscetibilidade.

Alterações salivares: favorecem bactérias.

DOENÇA PERIODONTAL NA GESTAÇÃO

- Hormônios aumentam a inflamação gengival; mudanças vasculares e imunes exageram a resposta.
- A gestação **não causa** doença periodontal, mas pode **agravá-la**.
- Associada a desfechos adversos: **parto prematuro, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento fetal**.

O tratamento periodontal é seguro para mãe e feto: reduz biomarcadores inflamatórios no fluido crevicular · **a redução de parto prematuro NÃO foi comprovada** · possível redução do baixo peso ao nascer.



Granuloma gravídico (tumor gravídico): mais comum no 1º e 2º trimestres, ligado a hormônios, angiogênese e irritantes locais. Costuma **regredir após o parto**; remover se atrapalhar alimentação ou higiene.
Material da aula

Tratamento por trimestre

1º TRIMESTRE

Semanas 0–13. **Evitar eletivos**: organogênese, náuseas e vômitos.

2º TRIMESTRE

Semanas 14–27. **O melhor período** para intervenções, pela maior estabilidade fisiológica.

3º TRIMESTRE

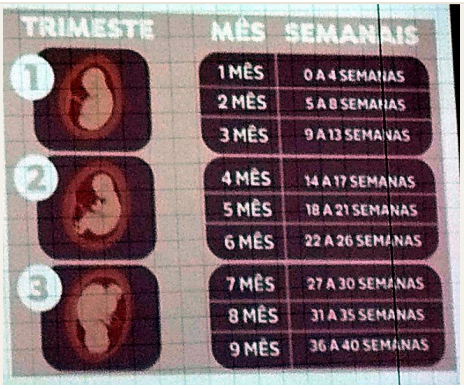
Semanas 27–40. **Consultas breves**; atenção ao desconforto postural e à **hipotensão supina**.

NÃO ESQUEÇA

Urgências odontológicas são atendidas em qualquer período da gestação.

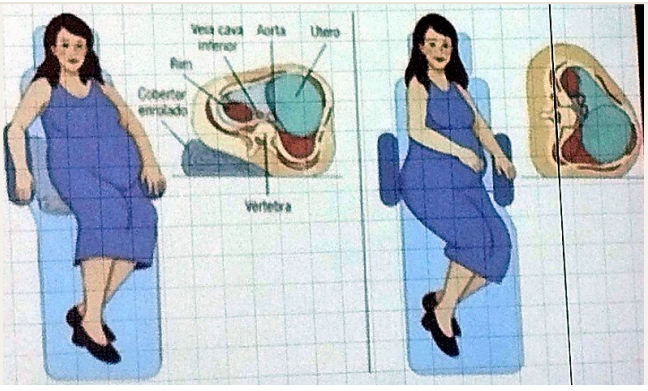
SÍNDROME DA HIPOTENSÃO SUPINA

O útero aumentado **comprime a veia cava inferior e a aorta** → menos retorno venoso, débito cardíaco e perfusão placentária → hipotensão, bradicardia e, às vezes, síncope. Atinge ~**10%** das gestantes. **Prevenção: decúbito lateral esquerdo** ou inclinação de **5° a 15° para a esquerda**; apoio sob o **quadril direito**.



Trimestres, meses e semanas.

Material da aula



Compressão da veia cava em supino × inclinação para a esquerda.

Material da aula

Prescrição, anestesia e radiografias

GRUPO	PODE ✓	EVITAR / NÃO ×
Analgésicos	**Paracetamol** (escolha)	**Dipirona**: não recomendada (sobretudo nos 3 primeiros meses e nas últimas semanas)
Anti-inflamatórios	Corticoides (**dexametasona, betametasona**) em situações excepcionais	**AINEs** (ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco): não usar de rotina; **evitar a partir da 20ª semana** (oligoidrâmnio, dano renal fetal, **fechamento precoce do ducto arterioso**)
Antibióticos	**Amoxicilina**, amoxicilina + clavulanato, **clindamicina**, **estearato** de eritromicina · **metronidazol só após o 1º trimestre**	**Estolato** de eritromicina (não recomendado) · **tetraciclina (contraindicada)**
Antifúngicos	**Nistatina tópica**	**Fluconazol oral** (não recomendado)
Anestésicos locais	**Lidocaína com adrenalina** (1ª escolha), com técnica e doses corretas	**Felipressina** (pode estimular contrações uterinas) · **prilocaína** (metemoglobinemia)

RADIOGRAFIAS

- Seguras quando **clinicamente indicadas** e feitas com precaução.
- Pedir só quando necessárias para o diagnóstico.
- **Avental de chumbo com proteção abdominal e colar cervical.**
- Evitar repetições; técnica adequada e justificativa clínica.

MACETE DOS "E"

Estearato = pode · **E**stolato = **E**vita. Tetraciclina mancha dentes = **nunca**. Metronidazol = **depois** do 1º trimestre.

Gestação de alto risco

Condições maternas que podem comprometer mãe e/ou feto: **hipertensão arterial, diabetes melito, anemias graves, cardiopatias**. O planejamento considera: estabilidade sistêmica · idade gestacional · **risco-benefício** · equipe multiprofissional.

GESTANTE HIPERTENSA

- Hipertensão **crônica**: diagnosticada antes da gestação ou antes da **20ª semana**.
- PA ≥ **140/90 mmHg**.
- **Pré-eclâmpsia**: pode comprometer fígado, rins e sangue.
- Sinais de alerta: cefaleia persistente, alterações visuais, dor abdominal, ganho de peso repentino.

Conduta: aferir a PA antes do atendimento · reagendar se os valores fugirem muito do habitual · **encaminhar para avaliação médica imediata** se houver sinais de pré-eclâmpsia.

DIABETES GESTACIONAL

- Hormônios aumentam a resistência à insulina → hiperglicemia.
- Maior risco de doença periodontal; a periodontite pode **piorar o controle glicêmico**.
- Respeitar a rotina alimentar e lembrar do risco de hipoglicemia.

Hipoglicemia no consultório: mais comum em quem usa insulina ou come de forma irregular · sudorese, palpitações, tremores, fome intensa, alterações cognitivas · **glicemia < 70 mg/dL** · **conduta:** glicose de absorção rápida, depois refeição com carboidratos e proteínas.

Pré-natal odontológico e os primeiros 1.000 dias

PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO

Oportunidade de promover a saúde **materno-infantil**. Recomenda-se **pelo menos uma consulta** de orientação durante a gestação, considerando os fatores de risco de cada gestante.

1. Manter a higiene bucal.
2. Alimentação saudável e menos açúcar.
3. Estímulo à **amamentação**.
4. Orientações sobre **chupetas e mamadeiras**.
5. Prevenção da **cárie na primeira infância**.

OS PRIMEIROS 1.000 DIAS DE VIDA

Da **concepção aos 2 primeiros anos**: janela de oportunidade para promover saúde e adotar medidas preventivas cedo. Pode reduzir o risco de doenças crônicas não transmissíveis: **obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e cárie**.
As orientações no pré-natal influenciam positivamente a saúde da criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atender a gestante é **seguro e recomendado** quando bem conduzido · anamnese e exame clínico são a base do plano · **2º trimestre** para eletivos · **urgências em qualquer trimestre** · escolha criteriosa de medicamentos e anestésicos · o pré-natal odontológico promove a saúde materno-infantil.

Mapa mental · Idoso e gestante



Questões do módulo (13)

QUESTÃO 1

Sobre a demência, é correto:

A. É consequência natural e inevitável do envelhecimento

B. Não é consequência natural do envelhecimento

C. Só existe a do tipo Alzheimer

D. Não altera o autocuidado

Gabarito: B. Explicação: A prevalência aumenta com a idade, mas a demência não é natural nem inevitável. Tipos: Alzheimer, vascular, corpos de Lewy, frontotemporal.

QUESTÃO 2

Qual fase do Alzheimer é mais favorável para executar o plano de tratamento?

A. Leve (inicial)

B. Moderada

C. Grave

D. Nenhuma

Gabarito: A. Explicação: Na fase leve há mais participação e cooperação. Na grave: mínima intervenção, atendimento domiciliar ou hospitalar.

QUESTÃO 3

A doença de Parkinson resulta da morte de neurônios produtores de:

A. Serotonina, no hipocampo

B. Dopamina, na substância negra

C. Acetilcolina, no córtex

D. GABA, no cerebelo

Gabarito: B. Explicação: Neurônios dopaminérgicos da substância negra, essenciais ao controle dos movimentos e do equilíbrio.

QUESTÃO 4

No atendimento ao paciente com Parkinson, recomenda-se:

A. Cadeira totalmente supina

B. Bochechos frequentes com antisséptico

C. Cadeira inclinada até 45°, sucção eficiente e CIV

D. Retornos anuais

Gabarito: C. Explicação: Também: escova elétrica, gaze embebida em vez de bochecho, retorno a cada 3 meses e colchão a vácuo.

QUESTÃO 5

A síndrome da ardência bucal afeta cerca de quantos pacientes com Parkinson?

A. 5%

B. 25%

C. 60%

D. 90%

Gabarito: B. Explicação: Cerca de 25%, com queimação sem lesão visível, mais nos 2/3 anteriores da língua.

QUESTÃO 6

No idoso, o tipo de cárie mais comum é:

A. Fissura oclusal

B. Radicular

C. Rampante de mamadeira

D. Proximal em decíduo

Gabarito: B. Explicação: Cárie radicular, pela retração gengival; também há infiltração sob restaurações e próteses.

QUESTÃO 7

Qual o período mais indicado para tratamentos eletivos na gestante?

A. 1º trimestre

B. 2º trimestre

C. 3º trimestre

D. Só após o parto

Gabarito: B. Explicação: 2º trimestre (semanas 14–27), pela maior estabilidade. Urgências: qualquer trimestre.

QUESTÃO 8

Para prevenir a síndrome da hipotensão supina, posiciona-se a gestante:

A. Em decúbito lateral direito

B. Em decúbito lateral esquerdo ou inclinada 5–15° para a esquerda

C. Em Trendelenburg

D. Sentada a 90°

Gabarito: B. Explicação: Apoio sob o quadril direito, aliviando a compressão da veia cava inferior e da aorta.

QUESTÃO 9

O anestésico local de primeira escolha na gestação é:

A Prilocaína com felipressina

B Lidocaína com adrenalina

C Articaína sem vaso

D Bupivacaína

Gabarito: B. Explicação: Felipressina pode estimular contrações uterinas; prilocaína pode causar metemoglobinemia.

QUESTÃO 10

Sobre os AINEs na gestação:

A São de escolha em todo o período

B Devem ser evitados a partir da 20ª semana

C São melhores que o paracetamol

D Só são proibidos no 1º trimestre

Gabarito: B. Explicação: Riscos: oligoidrâmnio, dano renal fetal e fechamento prematuro do ducto arterioso. Paracetamol é o analgésico de escolha.

QUESTÃO 11

Qual antibiótico é contraindicado na gestação?

A Amoxicilina

B Clindamicina

C Tetraciclina

D Estearato de eritromicina

Gabarito: C. Explicação: Tetraciclina é contraindicada; o estolato de eritromicina não é recomendado; o metronidazol só após o 1º trimestre.

QUESTÃO 12

Sobre o granuloma piogênico gestacional:

A É maligno

B Geralmente regride após o parto

C Ocorre em 50% das gestantes

D Deve ser sempre removido no 1º trimestre

Gabarito: B. Explicação: 1–5% das gestantes, mais no 1º e 2º trimestres; remover só se houver desconforto ou atrapalhar alimentação e higiene.

QUESTÃO 13

Sobre o tratamento periodontal na gestação, é correto:

A É contraindicado

B É seguro e reduz biomarcadores, mas a redução de parto prematuro não foi comprovada

C Comprovadamente evita a pré-eclâmpsia

D Só pode ser feito no 3º trimestre

Gabarito: B. Explicação: Seguro para mãe e feto; reduz biomarcadores no fluido crevicular; possível redução do baixo peso ao nascer.

PARA A VÉSPERA

Revisão relâmpago: números e condutas que caem

NÚMEROS-CHAVE

Lei 12.303/2010	Teste da Orelhinha obrigatório
2002	Libras reconhecida · Odontogeriatria vira especialidade
26/41/56/71 dB	Início dos graus leve/moderada/grave/profunda
<6/18 e <10°	Baixa visão (acuidade e campo)
40%	Informação perdida na leitura labial sob estresse · complicações orais na RT
6 m · 12 a · 2	TDAH: duração, idade de início, nº de ambientes
3 sem · 4–12%	Cancro sifilítico: surgimento · frequência oral
30%	Lesões orais na sífilis secundária · terciária nos não tratados
0,5–1%	Tuberculose com envolvimento oral
9–18 meses	Itraconazol na PCM
45%	Lesões orais no LES
1–2,2%	Prevalência do líquen plano
60–70 Gy	Dose tumoricida maxilofacial
150.000/mm³	Abaixo disso: trombocitopenia
25%	Ardência bucal no Parkinson
10% · 1–5%	Hipotensão supina · granuloma gravídico
20ª semana	Evitar AINEs a partir daqui · limite para HAS crônica
<70 mg/dL	Hipoglicemia

RECEITAS E DOSES

Nistatina 100.000 UI/mL	5 mL, bochechar 2 min e **engolir**, 4–5×/dia, 7 dias
Fluconazol	150 mg VO 1×/dia, 7–14 dias
Aciclovir	400 mg 3×/dia (ou 200 mg 5×) por 7–10 dias
Itraconazol (PCM)	200 mg/dia, 9–18 meses
Dexametasona elixir 0,1 mg/mL	5 mL, bochechar 2 min e **cuspir**, 3×/dia, 7 dias
Triancinolona orabase	Película fina 3×/dia, 7 dias
Prednisona (PMM grave)	0,5–1,5 mg/kg/dia
Pilocarpina	5 mg até 4×/dia
Sulfato de zinco	50 mg 4×/dia (disgeusia)
Kin Hidrat spray	2–3 jatos; não comer por 15 min

INTERAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

Lítio + AINEs/metronidazol → toxicidade
Antidepressivos + AINEs → sangramento
Antipsicóticos + BZD/opioides → depressão respiratória
Antipsicóticos ou metilfenidato + vasoconstritor → PA/arritmia
Cocaína/crack → sem vasoconstritor adrenérgico
Álcool → cuidado com paracetamol (hepatotóxico)
Gestante → sem felipressina, prilocaína, tetraciclina, fluconazol oral, estolato; AINE só até a 20ª semana
QT → AAS proibido na trombocitopenia

LESÃO	PALAVRA-CHAVE PARA RECONHECER
Cancro duro	Úlcera única, indolor, borda firme
Goma sifilítica	Perfuração do palato
Dentes de Hutchinson	Chave de fenda · molar em amora
Candidíase pseudomembranosa	Placa branca **raspável**
Candidíase hiperplásica	Placa branca **não raspável**, fumante, retrocomissural
PCM	Estomatite **moriforme** (amora), lavrador
Herpes-zóster	Unilateral, dermátomo, não cruza a linha média

Mononucleose	Petéquias no palato + faringite
Condiloma	Couve-flor
Pênfigo vulgar	Erosões dolorosas, Nikolsky +, Tzanck
Penfigoide	Gengivite descamativa + olho (simbléfaro)
Lúpus	Asa de borboleta · estrias brancas irradiadas
Líquen plano	Estrias de Wickham, bilateral
Bulimia	Perimólise palatina + parótidas aumentadas
Cárie de radiação	Rápida, cervical/incisal, generalizada
Granuloma gravídico	Nódulo gengival vermelho que regride após o parto

MEMORIZAÇÃO ATIVA

Flashcards

Def. auditiva e visual

Teste da Orelhinha: lei e método	Lei 12.303/2010 · emissões otoacústicas (eco das células ciliadas)
Graus de perda auditiva (dB)	Leve 26–40 · moderada 41–55 · grave 56–70 · profunda ≥71
Perda condutiva × neurossensorial	Condutiva: orelha externa/média, corrigível · Neurossensorial: cóclea/VIII par, irreversível, implante coclear
Perda auditiva central	Transtorno do processamento auditivo central: ouve, mas não compreende; tratamento usa neuroplasticidade
Otosclerose	Cápsula ótica, rigidez do estribo, perda condutiva, mulheres, 2ª–4ª década, tratável cirurgicamente
Presbiacusia	Perda auditiva da idade (>60 anos) por degeneração das células ciliadas e do nervo
Síndrome de Alport	Nefropatia + hipoacusia + alterações oculares; homens; começa na puberdade
Síndrome de Paget	Remodelação óssea alterada; bifosfonatos; compressão do VIII par
Neurofibromatose tipo 1	Falta de neurofibromina; neurofibromas; café com leite; tumores bilaterais do VIII par
Baixa visão	Acuidade <6/18 até percepção de luz; campo <10° (normal 180°)
Cores de bengala	Branca: cego · verde: baixa visão · vermelha e branca: surdocego
Síndrome de Usher	DA + perda visual progressiva → surdocegueira
Objetos de referência	Pistas táteis: colher = comer · escova = higiene · toalha = banho · chave = sair
Tadoma	Percepção da fala pelo tato
Libras	Reconhecida em 2002; visuoespacial; não universal; Libras tátil para surdocegos

Comportamento e psíquicos

2 eixos do TEA	Comunicação/interação social + padrões restritos e repetitivos (com alteração sensorial)
Medicamentos do TEA	Risperidona/aripiprazol, fluoxetina/sertralina, metilfenidato, canabidiol: todos com xerostomia
Critérios do TDAH	≥6 meses · antes dos 12 anos · prejuízo em ≥2 ambientes · DSM-5/CID-11
Metilfenidato no consultório	Menos apetite, insônia, alterações cardiovasculares: cuidado com vasoconstritor
TOD	Humor irritável, desafiador, argumentativo, vingativo; dificulta a adesão
Planejamento TEA/TDAH/TOD	Antes: investigar · durante: previsibilidade e reforço positivo · depois: metas realistas
Perimólise	Erosão das faces palatinas dos anteriores superiores (bulimia/vômitos)

Bulimia: 4 condutas	Não escovar após vômito · dentifrício pouco abrasivo · enxaguante fluoretado · verniz/CIV
Anorexia: investigar	Anemia, trombocitopenia, bradicardia, distúrbios eletrolíticos; cicatrização ruim
Lítio	Gosto metálico; + AINEs/metronidazol = toxicidade; desidratação aumenta o risco
ISRS	Xerostomia + bruxismo secundário
Medo × ansiedade	Medo: ameaça real/percebida · ansiedade: antecipação de ameaça futura
Crise de pânico na cadeira	Não deixar sozinho, afastar instrumentais, pedir assistência médica
Antipsicóticos: interações	+ BZD/opioides: depressão respiratória · + vasoconstritor: PA e arritmias
Cocaína/crack	Evitar anestésico com vasoconstritor adrenérgico

Infecciosas e autoimunes

Cancro duro	Sífilis primária: úlcera única, indolor, 1–2 cm, borda firme, ~3 semanas
Sífilis secundária	4 sem–6 meses; roséola; placas mucosas altamente infectantes; 30% com lesão oral
Goma sifilítica	Terciária; granulomatosa destrutiva; palato/língua; perfuração → comunicação buconasal
Tríade de Hutchinson	Dentes de Hutchinson/amora + ceratite intersticial + surdez
Tuberculose oral	0,5–1%; úlcera irregular de crescimento lento, principalmente na língua; odinofagia
Candidíase: raspa ou não?	Pseudomembranosa raspa · hiperplásica crônica NÃO raspa (pode virar CEC)
Nistatina × fluconazol	Leve: nistatina 100.000 UI/mL 5 mL 4–5×/dia · Grave: fluconazol 150 mg/dia por 7–14 dias
PCM	Paracoccidioides; trabalhador rural; estomatite moriforme; itraconazol 200 mg/dia por 9–18 meses
Aciclovir (HSV)	400 mg 3×/dia (ou 200 mg 5×/dia) por 7–10 dias; começar no pródromo
Zóster	Reativação do VZV; unilateral, dermátomo, não cruza a linha média; dor precede as vesículas
Mononucleose	EBV; saliva; petéquias no palato; 15–25 anos; resolve em 4–6 semanas
HPV de alto risco	16 e 18 (orofaringe e colo do útero) · baixo risco: 6 e 11
Pênfigo vulgar	IgG contra desmogleínas 1/3 → acantólise, bolha intraepitelial, células de Tzanck
Penfigoide (PMM)	Hemidesmossomos → bolha subepitelial; 3× mais raro; simbléfaro e cegueira
Sjögren	Glândulas exócrinas; boca e olhos secos; biópsia de glândula menor; linfoma B
Líquen plano	Estrias de Wickham, bilateral, potencial maligno; controle semestral (trimestral se erosivo)

Paciente oncológico

Proliferativo × neoplasia	Proliferativo: inflamatório, autolimitado · neoplasia: autônoma, persiste
Carcinoma × sarcoma	Epitélio → carcinoma · conjuntivo → sarcoma
Câncer bucal: razão H:M	De 5:1 para ~3,2:1 no Brasil (tabagismo feminino)
T do TNM	T1 ≤2 cm · T2 >2 e <4 · T3 >4 · T4 invade estruturas
N do TNM	N1 único ipsi ≤3 cm · N2 >3 e ≤6 cm · N3 >6 cm
Linfonodo suspeito	Pétreo, aderido, contorno mal definido, rugoso, indolor
Dose de RT maxilofacial	60–70 Gy; 40% de complicações orais
QT: quando não intervir	Leucopenia acentuada e trombocitopenia; adiar para o pós-QT
Trombocitopenia: cuidados	Pressão 10 min, escova macia, sem AAS; <150.000/mm³
Mucosite	2ª semana; amarelo-pálida → erosiva; principal causa de dor
Receita de triancinolona orabase	Película fina 3×/dia (após refeições e ao deitar) por 7 dias
Saliva artificial e pilocarpina	Kin Hidrat spray 2–3 jatos; pilocarpina 5 mg até 4×/dia
Disgeusia	Sulfato de zinco 50 mg 4×/dia
Cárie de radiação	Rápida, em superfície; pode destruir a dentição em 1 ano
Osteorradionecrose	Osso exposto 3–6 meses; mandíbula; idosos; câmara hiperbárica + sequestrectomia

Idoso e gestante

Odontogeriatria	Idoso ≥60 anos; especialidade desde 2002
Tipos de demência	Alzheimer, vascular, corpos de Lewy, frontotemporal
Alzheimer leve	Melhor fase para executar o plano de tratamento
Alzheimer grave	Disfagia, acamado; mínima intervenção, domiciliar ou hospitalar
Parkinson: causa	Morte dos neurônios dopaminérgicos da substância negra
Parkinson: manejo	Cadeira 45°, sucção, CIV, escova elétrica, gaze no lugar de bochecho, retorno a cada 3 meses
Ardência bucal no Parkinson	~25%; queimação sem lesão; 2/3 anteriores da língua
Dentes do idoso	Desvio mesial, atrição, câmara pulpar reduzida, cárie radicular
Trimestres	1º: evitar eletivos · 2º: ideal · 3º: consultas breves · urgência sempre
Hipotensão supina	Útero comprime cava e aorta; decúbito lateral esquerdo ou 5–15° à esquerda; ~10%
Anestésico na gestação	Lidocaína + adrenalina; evitar felipressina (contração uterina) e prilocaína (metemoglobinemia)
AINE na gestação	Evitar a partir da 20ª semana: oligoidrâmnio, rim fetal, ducto arterioso
Antibióticos na gestação	Amoxicilina, clindamicina, estearato de eritromicina · metronidazol após o 1º tri · tetraciclina não
Hipoglicemia	<70 mg/dL; glicose rápida, depois carboidrato + proteína

1.000 dias	Da concepção aos 2 anos: prevenção de obesidade, diabetes, doença cardiovascular e cárie

Referências das aulas

- VARELLIS, M. L. Z. *O Paciente com Necessidades Especiais na Odontologia: Manual Prático*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- KIGNEL, S. *Estomatologia: Bases do Diagnóstico para o Clínico Geral*. 3. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2020.
- PAULA, E.; MELLO, B. L.; LUCIANA, C. *Odontologia Hospitalar* (Série Manuais de Especialização Einstein). 2. ed. Barueri: Manole, 2026.
- NEVILLE, B. W. et al. *Patologia Oral e Maxilofacial*, 2025 (imagens).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência*, 2019.

Créditos das imagens

"Material da aula" = fotografias dos slides da disciplina (fontes indicadas), usadas apenas para estudo. Demais imagens com licença livre:

- Oral pseudomembranous candidiasis on the dorsum of the tongue of a 59-year-old male (third week of RT for a squamous cell carcinoma of the floor of the mouth, T3N0M0, daily dose 1.8 Gy): Ourania Nicolatou-Galitis et al., CC0 1.0 (wikimedia)
- Thrush2010.JPG: James Heilman, MD, CC BY-SA 3.0 (wikimedia)
- Herpes Zoster of the face.jpg: Sarindam7, CC BY-SA 3.0 (wikimedia)
- Lichen planus-intra oral lesion: Syed Wali Peeran, CC BY-SA 4.0 (wikimedia)
- Erosive lichen planus: Syed Wali Peeran, CC BY-SA 4.0 (wikimedia)
- Ulcerated mucous patches on the tongue: desconhecido, CC BY 4.0 (wikimedia)
- Orale Leukoplakie.jpg: Klaus D. Peter, Gummersbach, Germany, CC BY 3.0 (wikimedia)
- Actinic Cheilitis Photo: Beardfiercely, CC BY-SA 4.0 (wikimedia)
- Infant with cochlear implant: Bjorn Knetsch from The Netherlands, CC BY 2.0 (wikimedia)
- Cochlear Implant, by MedEl: Thomas.haslwanter, CC BY-SA 4.0 (wikimedia)
- Cochlear implant user: Hear hear!, CC BY-SA 4.0 (wikimedia)
- Sjogren's syndrome (2): No machine-readable author provided. KGH assumed (based on copyright claims)., CC BY-SA 3.0 (wikimedia)
- Pyogenic granuloma 03: Maryam Amirchaghmaghi, Farnaz Falaki, Nooshin Mohtasham and Pegah Mosannen Mozafari, CC BY-SA 2.0 (wikimedia)
- Butterfly rash of lupus erythematosus: CNX OpenStax, CC BY 4.0 (wikimedia)
- Discoid lupus erthymatouses new photo for help diagnosis avoid mistakes: Masryyy, CC BY-SA 4.0 (wikimedia)
- Caoguia2006.jpg: Antonio Cruz/Abr, CC BY 3.0 (wikimedia)
- Blindness: WarmSleepy, CC BY 2.0 (flickr)
- Sign Language Hands: desconhecido, CC0 1.0 (rawpixel)
- Dentures: sander_123, CC BY 2.0 (flickr)
- Teeth from two patients with congenital syphilis: desconhecido, CC BY 4.0 (wikimedia)
- Candida albicans growing as yeast cells and filamentous (hypha) cells: Garnhami, CC BY-SA 4.0 (wikimedia)
- Xerostomia - Dry Mouth (cropped): scientificanimations.com, CC BY-SA 4.0 (wikimedia)
- Dental erosion (hypoestrogenia) no211: Финитор, CC BY-SA 3.0 (wikimedia)
- Pemphigus vulgaris - intermed mag: Nephron, CC BY-SA 3.0 (wikimedia)
- dentist: Irina Gheorghita, CC BY 2.0 (flickr)
- Lewy body in the substantia nigra from a person with Parkinson's disease: Tulemo, CC BY-SA 4.0 (wikimedia)
- Ear-anatomy-text-portuguese: desconhecido, CC BY-SA 3.0 (wikimedia)

- White cane in Tokyo area - Aug 31 2019: Nesnad, CC BY 4.0 (wikimedia)
- Lorm Alphabet for Georgian Language ლორმის ანბანი: Kamila Skalska, CC BY 3.0 (wikimedia)
- Elderly Hand: desconhecido, CC0 1.0 (rawpixel)
- Grandmother: forayinto35mm, CC BY 2.0 (flickr)
- Pregnant Belly: Grahford, CC BY-SA 2.0 (flickr)
- Gingivitis (crop): Lesion, CC BY-SA 3.0 (wikimedia)
- Dental Caries Cavity 2 (cropped): Suyash.dwivedi, CC BY-SA 4.0 (wikimedia)
- Dental Chair: mikecogh, CC BY 2.0 (flickr)
- Linear Accelerator - Elekta Compact model: Narenfox, CC BY-SA 4.0 (wikimedia)
- Panoramic radiograph - Orthopantomogram: Dennis van Zuijlekom from Ermelo, The Netherlands, CC BY-SA 2.0 (wikimedia)
- Squamous celled carcinoma of the tongue: desconhecido, CC BY 4.0 (wikimedia)
- Acute angle closure glaucoma: James Heilman, MD, CC BY-SA 3.0 (wikimedia)
- Oral Ulcerative Lesions: Dr. Syed Wali Peeran, CC BY-SA 4.0 (wikimedia)

Material de estudo pessoal, feito a partir das aulas da disciplina. Não substitui a bibliografia oficial.