

Respostas dos Exercícios

Auxiliar de Saúde Bucal

Teoria e Prática

Organizadores

Roosevelt Silva Bastos

Fernanda Gonçalves Duvra Salomão



editora
VIENA

1ª Edição

Bauru/SP

Editora Viena

2023

Capítulo 1

1.

O conceito de saúde e de doença tem sido considerado como um processo, pois ao longo da vida o estado de saúde varia de forma muito dinâmica. Saúde e doença não são estáveis no transcorrer da vida e a palavra processo é utilizada para demonstrar que o conceito é altamente dinâmico e que sofre influência de diversos fatores que estão muito além da dor e do estado de convalescença.

2.

Na Idade Antiga, o conhecimento mítico predominava associando a condição de saúde e de doença a crenças religiosas. O relato bíblico para o povo hebreu apresenta a recomendação em favor de comportamentos sanitários, tais como o isolamento de portadores de doenças e higiene das pessoas em favor da conservação da população saudável, por recomendação divina. No Egito antigo, eram realizados procedimentos nas pessoas para que o retorno à condição de saúde ocorresse, chegando até a haver a trepanação da caixa craniana de pessoas doentes para que o espírito maligno e causador do distúrbio no processo saúde-doença deixasse o corpo.

3.

Causalidade, teoria bacteriológica ou unicausal e teoria da multicausalidade.

4.

A partir da teoria bacteriológica ou unicausal o conhecimento científico voltou-se para ações objetivas e relacionadas à microbiologia, área desconhecida até aquele momento, para prevenção de doenças infecciosas por meio do desenvolvimento de vacinas e do tratamento por meio do uso de antibióticos.

5.

A teoria da multicausalidade contribui para o entendimento do surgimento das doenças, pois o ser humano passa a ser considerado por três aspectos básicos: o físico-biológico, o psicológico e o social, os quais são fáceis de compreender na atualidade. O aspecto psicológico, por exemplo, é muito observado atualmente, pois hoje há o estresse da vida moderna, a depressão, os transtornos de ansiedade, entre outros.

Capítulo 2

1.

A coloração da coroa do dente, menos mineralizada nos decíduos que nos permanentes; as formas dos dentes incisivos e caninos decíduos são semelhantes aos respectivos permanentes, porém de menores dimensões e a raiz geralmente com inclinação para vestibular (nos permanentes é para distal).

2.

Anatomicamente o dente é formado por porções denominadas coroa e raiz, separadas por um colo dentário, que é o limite entre as duas porções principais do dente. A coroa é a porção que fica visível na cavidade bucal. Ela pode ser classificada em duas formas: a primeira chamada de coroa anatômica, a qual é definida como toda a porção do dente que é revestida por esmalte; e a segunda denominada por coroa clínica, a qual se entende por toda a porção dentária acima da gengiva, visível na cavidade bucal. A coroa clínica é menor que a coroa anatômica no momento em que o dente ainda não completou sua erupção, pois apresenta-se mais tecido gengival recobrimdo o dente. Entretanto, com o decorrer da vida, a coroa clínica pode ser menor que a anatômica nos casos de recessão gengival e perda óssea, por exemplo, e ultrapassar o nível coronário do dente expondo a raiz dentária. A raiz dentária é a porção que normalmente fica abaixo da gengiva, tendo a função de fixar o dente ao osso alveolar, sendo única nos dentes anteriores e pré-molares (com exceção do primeiro pré-molar superior) e múltiplas nos dentes molares e primeiro pré-molar superior.

3.

- a) Incisivo lateral inferior direito – 42.
- b) Canino superior esquerdo – 23.
- c) Segundo pré-molar superior esquerdo – 25.
- d) Terceiro molar inferior direito – 48.

4.

Os dentes caninos, juntamente com os dentes incisivos, formam o grupo dos dentes anteriores. Apresentam relação com os lábios e importantes funções como, por exemplo, estética, auxílio na fonação, suporte para os lábios, dentre outras. Os caninos apresentam a raiz mais longa de todos os dentes humanos. A inclinação da região terminal da raiz, denominada ápice, geralmente é para distal. Os dentes pré-molares, juntamente com os dentes molares, são chamados de dentes posteriores ou jugais, mantendo relação da face vestibular com a mucosa jugal da bochecha. Apresentam função de triturar os alimentos. Os dentes pré-molares também podem ser denominados de dentes bicuspídeos por geralmente apresentarem 2 cúspides. O primeiro pré-molar superior geralmente apresenta 2 raízes.

5.

3 raízes e 4 cúspides.

Capítulo 3

1.

D

2.

A cárie dentária é definida como uma doença dinâmica dependente da presença de biofilme dentário que, uma vez exposto frequentemente a uma dieta rica em açúcares, entra em disbiose (desequilíbrio) com o hospedeiro, havendo um favorecimento de micro-organismos acidogênicos (produtores de ácidos a partir do metabolismo do açúcar) e acidúricos (sobreviventes em ambiente ácido), isto é, altamente produtores de ácidos que podem danificar a estrutura dentária – formando a lesão cariada, que é o sinal clínico da doença.

3.

A

4.

C

5.

B

6.

pH crítico, que corresponde ao valor de pH do meio (saliva, biofilme) em que este está exatamente saturado em relação ao mineral em questão ($K_{ps}=PAI$). Resumidamente, quando o pH do biofilme é igual ao pH crítico, “teoricamente” não há nem ganho e nem perda mineral – há o equilíbrio mineral.

7.

D

8.

A

9.

B

10.

C

Capítulo 4

1.

O uso da escova de dentes associada a cremes dentais fluoretados é considerada a forma mais comum de controle do biofilme uma vez que a ação mecânica da escovação, quando adequadamente realizada, remove de forma eficaz seu acúmulo, prevenindo o desenvolvimento das doenças orais associadas ao biofilme.

2.

O controle mecânico é definido pelas ações de remoção do biofilme realizadas por profissionais (profilaxia e raspagem), e de autocuidado realizado pelo paciente, através da utilização de escova e fio dentais, além de instrumentos complementares como escovas interproximais, escovas elétricas, fio dental de água, facilitadores do uso de fio dental, raspadores linguais, etc.

3.

A eficácia desta remoção deve-se a três fatores principais: o desenho da escova, a habilidade do paciente em utilizá-la e a frequência e tempo da escovação.

4.

A região interproximal é a região de maior relevância para a limpeza, tendo em vista que é uma área de deposição precoce de placa, bem como é a região em que ela é mais prevalente.

5.

No tratamento das infecções dentárias, a substantividade do agente antimicrobiano é de extrema importância, uma vez que o agente precisa de um certo tempo de contato com o micro-organismo para inibi-lo ou eliminá-lo. A substantividade determina o intervalo de dose, sendo que quanto maior a substantividade do agente químico maior será o intervalo de dose, e maior a comodidade do paciente e adesão ao tratamento.

Capítulo 5

1.

O objetivo da ergonomia é a adaptação das condições de trabalho às características físicas e psicológicas dos trabalhadores, tornando o trabalho mais confortável, saudável, agradável e eficiente.

2.

- » **Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo relacionadas ao trabalho (reconhecidas internacionalmente por desordens músculoesqueléticas):** dorsopatias, transtornos musculares, transtornos sinoviais e dos tendões, osteopatias e condropatias, outros transtornos dos tecidos moles e outros transtornos do sistema osteomuscular e dos tendões (BRASIL, 2016).
- » **Estresse:** devido a situações de excesso de trabalho, falta de recursos para responder às demandas do trabalho, as relações interpessoais com clientes, fornecedores, membros da equipe e alto nível de exigência, onde se não trabalhado, o mesmo pode ser prolongado e levar à Síndrome de Burnout, a qual é um estado prolongado de estresse, que ocorre ao longo do tempo de maneira crônica e longitudinal (BRASIL, 2016).
- » **Perda Auditiva Induzida pelo Ruído – PAIR:** a equipe de saúde bucal está exposta a fontes geradoras de ruído, como caneta de alta rotação, sugadores, ar-condicionado, motor de baixa rotação, compressor e amalgamador. A exposição constante a ruídos de forte intensidade pode resultar em uma perda temporária ou permanente de audição denominada PAIR (Perda Auditiva Induzida pelo Ruído). Além do ruído, a taxa de mercúrio acima dos padrões de normalidade é ototóxica. Como prevenção, é necessária a audiometria periódica e medidas como redução do ruído ambiental, equipamento de proteção individual e campanhas de educação e informação (NOGUEIRA et al., 2010).
- » **Contaminação por mercúrio:** os profissionais que ficam constantemente expostos ao mercúrio, um metal pesado, comumente apresentam valores de mercúrio na urina superiores ao limite de tolerância biológica. O momento de maior risco de contaminação por mercúrio é durante a preparação do amálgama de prata. Durante a remoção de restaurações ocorre a liberação do metal, sob a forma de vapor e de poeira de amálgama. O mercúrio fica alojado nos sistemas nervoso e renal causando patologias irreparáveis. Os sintomas iniciais da intoxicação crônica por mercúrio são a inquietude, a irritabilidade, a insônia, a sialorreia, a gengivite e o tremor das mãos. Além disso, podem desenvolver ainda o Mal de Parkinson (QUARTO et al., 2018).
- » **Doenças infecciosas e parasitárias relacionadas ao trabalho:** tuberculose, hepatites virais e doença do vírus da imunodeficiência humana – HIV.
- » **Doenças da pele e do tecido subcutâneo relacionadas ao trabalho:** dermatoses pápulo-pustulosas e suas complicações infecciosas, dermatites alérgicas de contato, dermatites de contato por irritantes, dermatite por fotocontato, radiodermatites (FERRAZ et al., 2012).
- » **Radiação secundária:** a radiação secundária ocorre durante e após a emissão dos raios X. Esses raios X são produzidos no interior de um tubo que está dentro de uma calota protetora revestida de chumbo,

na qual existe uma abertura que delimita o feixe de radiação primário realmente útil na formação da imagem. O objeto alcançado pela radiação funciona como emissor de radiação secundária. A dose elevada acima de um certo nível teria um efeito determinístico, causando a morte da célula. As doses, durante vários anos, podem causar modificações celulares, levando a uma circulação de malignidade que caracteriza o efeito estocástico. A proteção radiológica baseia-se no tripé distância, tempo e blindagem. A equipe de saúde bucal deve se proteger mantendo a distância mínima de 2 metros entre ele e a ampola ou cabeça do paciente através de um fio disparador com esse comprimento. Se as dimensões da sala não permitirem, o dentista e sua equipe devem ficar fora da sala assim como o botão disparador do aparelho. Se isto não for possível, ele deve ficar lateralmente atrás do paciente em um ângulo de 90° e 135° relativo à direção do feixe primário, para evitar a radiação espalhada (OLIVEIRA e ALMEIDA, 2015).

3.

Os riscos mais frequentes a que estão sujeitos os profissionais de saúde bucal são os físicos, os químicos, os ergonômicos, os mecânicos ou de acidente, os advindos da falta de conforto e higiene e os biológicos.

Capítulo 6

1.

Exercer a atividade de forma autônoma; prestar assistência, direta ou indiretamente, a paciente, sem a indispensável supervisão do Cirurgião Dentista ou do Técnico em Saúde Bucal; realizar, na cavidade bucal do paciente, procedimentos não discriminados no artigo 9º, da Lei n.º 11.889/2008, de 24/12/2008; fazer propaganda de seus serviços, mesmo em revistas, jornais ou folhetos especializados da área odontológica.

2.

Organizar e executar atividades de higiene bucal; processar filme radiográfico; preparar o paciente para o atendimento; auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas, inclusive em ambientes hospitalares; manipular materiais de uso odontológico; selecionar moldeiras; preparar modelos em gesso; registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle administrativo em saúde bucal; executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente

de trabalho; realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal; aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos; desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários; realizar em equipe levantamento de necessidades em saúde bucal; adotar medidas de biossegurança visando ao controle de infecção.

3.

- 2 espelhos.
- 2 pinças.
- Alavancas e fórceps.
- Anestésico tópico no dappen e cotonete.
- Cabo de bisturi e lâmina.
- Carpule com anestésico e agulha.
- Cureta de Lucas.
- Ficha clínica.
- Fio de sutura.
- Guardanapo.
- Montagem do campo operatório estéril e de paciente.
- Pinça reta.
- Porta agulha.
- Sindesmótomo.
- Sonda milimetrada.
- Sonda.
- Tesoura.

4.

O Código de Ética Odontológica regula os direitos e deveres dos profissionais e das entidades com inscrição nos Conselhos Regionais de Odontologia, segundo suas atribuições específicas.

Capítulo 7

1.

Lei Federal n.º 11.889, de 24/12/2008.

2.

Na transição dos anos 2000-2001, o Ministério da Saúde decidiu o começo de uma reparação possível, de um progressivo ainda que lento “basta!” em tantos danos, dores e mutilações, ao incorporar a odontologia no Programa Saúde da Família mediante um incentivo financeiro para contratação de equipes de saúde bucal (ESB) e, com estas inovações, garantir a inserção das ações de saúde bucal no programa e depois na estratégia da saúde da família voltada para a população brasileira, agora tida como usuária do SUS. O paradigma atual vigente nas últimas décadas envolve a atuação integrada de dois ou três profissionais (auxiliar em saúde bucal – ASB, técnico em saúde bucal – TSB e o cirurgião dentista) como equipes de saúde bucal de diferentes tipologias (tipo I = CD + ASB; tipo II= CD + ASB + TSB) responsáveis pelas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, com funções específicas e bem determinadas para cada ator profissional. Por sua vez, pressupõe-se também que esta equipe atue de forma integrada com uma equipe mais ampla, multi e interprofissional, a equipe de saúde da família.

3.

Em 2001 foi aprovada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 1/2001) que ampliou a responsabilidade dos municípios na atenção básica em saúde ao definir os critérios de suspensão do Piso da Atenção Básica e direcionar o processo de regionalização da assistência à saúde. Também atualizou os critérios de habilitação de estados e municípios na gestão do SUS. Em 2002, as ações de epidemiologia e controle de doenças (ECD) foram incluídas na gestão da atenção básica de saúde. Em 2003, foram criadas as Secretarias de Vigilância em Saúde, Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde e de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, e foi realizada a XII Conferência Nacional de Saúde. Em 2004, foram criadas as Políticas Nacionais de Atenção Básica à Saúde Indígena, de Educação Permanente em Saúde, de Saúde Bucal entre outras. Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, a Política de Saúde da Pessoa Idosa, os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão estabelecidos de forma tripartite. A XIII Conferência Nacional de Saúde foi convocada e realizada em 2007. Em 2009, foi lançada a Política Nacional da Saúde do Homem. Em 2010, foi lançada a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena.

Capítulo 8

1.

Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica, como também é conhecida no Brasil, diz respeito a um conjunto de práticas integrais em saúde voltadas a atender às demandas individuais e coletivas. São características específicas da Atenção Primária à Saúde: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural.

2.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2012 define a composição mínima da equipe com:

- » Um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade.
- » Um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família.
- » Um auxiliar ou técnico em enfermagem.
- » Agentes comunitários de saúde.

Observação: a equipe de saúde bucal (dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e/ou técnico em Saúde Bucal (TSB), pode ser incluída na equipe multiprofissional, mas é considerada como equipe mínima da Estratégia Saúde da Família.

3.

Todos os profissionais são igualmente responsáveis pelo cuidado da população. Essa equipe deve ser estruturada de modo a formar o vínculo de todos os profissionais com o usuário, garantindo a longitudinalidade, coordenação e o cuidado integral.

4.

Os princípios da ESF primam pela reordenação do modelo assistencial tradicional, o qual é voltado para a cura de doenças e tem o hospital como centro do cuidado em saúde. O foco deste novo modelo passa a ser a prevenção e promoção de saúde. Os princípios da ESF são:

- » Caráter substitutivo.
- » Integralidade e hierarquização.
- » Territorialização e adscrição da clientela.

Capítulo 9

1.

D

2.

B

3.

B

4.

A

5.

A

6.

A

Capítulo 10

1.

O Cirurgião-Dentista deve identificar os pacientes de maior risco, a fim de reduzir a probabilidade da ocorrência de urgências e emergências sistêmicas, por meio de exame clínico e exames complementares que visam diagnosticar pessoas sistemicamente comprometidas e classificá-las quanto ao risco.

2.

A síncope ou desmaio é uma manifestação da síndrome vasovagal, sendo que seus sinais iniciais são fraqueza, sudorese, palidez, calor, náusea, tontura,

borramento visual, cefaleia ou palpitações. Ambientes fechados ou lotados, jejum prolongado, horas em pé ou ansiedade podem levar à crise, que resulta da diminuição da pressão arterial e do batimento cardíaco por ação do nervo vago.

3.

A manobra de Heimlich (compressão abdominal realizada com o paciente em pé, o profissional por trás do mesmo, comprimindo o diafragma de baixo para cima, visando expelir o objeto que obstrui) pode ser útil em ambas as obstruções. Porém, se a obstrução total persistir, pode ser punção da membrana cricóideia e ventilação de emergência para salvar a vida do paciente. Recomenda-se solicitar auxílio de equipe de emergência especializada. Entretanto, em alguns casos, não existe tempo para aguardar a chegada, sendo que o Cirurgião-Dentista deve estar preparado para intervir imediatamente.

4.

Em caso de toxicidade, envolve o Sistema Nervoso Central, produzindo inquietação, nervosismo, tremores, convulsões e insuficiência respiratória; envolvendo também o sistema cardiovascular, reduzindo a excitabilidade, velocidade de condução e a força de contração do músculo cardíaco.

5.

Oxigênio, desfibrilador automatizado externo (AED), broncodilatador (salbutamol), aspirina, difenidramina (anti-histamínico), epinefrina, nitroglicerina e glicose. Além dessas, drogas adicionais como o glucagon, atropina, hidrocortisona, morfina, lorazepam e midazolam devem fazer parte do kit. Além dos medicamentos, tornam-se necessárias agulhas e seringas para injeção, bem como monitor para avaliar a pressão arterial e frequência cardíaca, sistema portátil para liberação de oxigênio, oxímetro de pulso portátil, glicosímetro, máscaras de proteção (para casos que necessitam de respiração boca a boca) e desfibrilador externo semiautomático (DEA).

Capítulo 11

1.

Lei 5.081, de 1966.

2.

O que autoriza o Cirurgião-Dentista à prática de tais procedimentos está regido no Código de Ética Odontológica.

3.

O Código de Ética Odontológica (CEO) vigente foi aprovado pela Resolução CFO-118/2012 e tem como função regular os direitos e deveres, não somente do Cirurgião-Dentista, mas também dos profissionais técnicos e auxiliares: Técnico em Saúde Bucal (TSB), Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), Técnico em Prótese Dentária (TPD) e Auxiliar de Prótese Dentária (APD), assim como de pessoas jurídicas que exerçam atividades na área da Odontologia em âmbito público e/ou privado, com a obrigação de inscrição nos Conselhos de Odontologia, segundo atribuições específicas.

4.

Caso não curse a especialização e/ou não a inscreva, o (a) profissional ainda poderá divulgar que executa os procedimentos referentes a essa área, desde que não se expresse como especialista, atentando para a diferença destacada nos exemplos: “Ortodontista” e “Ortodontia”. O primeiro substantivo refere-se ao especialista enquanto o segundo, não. Porém, caso não tenha a inscrição da especialidade junto ao conselho e deseje divulgar que pratica os conhecimentos dessa área conforme aprendeu em cursos de graduação e pós-graduação, a indicação de “Ortodontia” deverá ser acompanhada do termo “Clínico Geral”.

5.

a) Técnico em prótese dentária (TPD).

b) Técnico em saúde bucal (TSB), que tem como atividades:

- » Participar do treinamento e capacitação de Auxiliar em Saúde Bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde.
- » Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais.
- » Participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.
- » Ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do Cirurgião-Dentista.

- » Fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo Cirurgião-Dentista.
- » Supervisionar, sob delegação do Cirurgião-Dentista, o trabalho dos Auxiliares de Saúde Bucal.
- » Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas.
- » Inserir e distribuir, no preparo cavitário, materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo Cirurgião-Dentista.
- » Proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares.
- » Remover suturas.
- » Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.
- » Realizar isolamento do campo operatório.
- » Exercer todas as competências no âmbito hospitalar, bem como instrumentar o Cirurgião-Dentista em ambientes clínicos e hospitalares.

c) Auxiliar em saúde bucal (ASB), que tem como atividades:

- » Organizar e executar atividades de higiene bucal.
- » Processar filme radiográfico.
- » Preparar o paciente para o atendimento.
- » Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas, inclusive em ambientes hospitalares.
- » Manipular materiais de uso odontológico.
- » Selecionar moldeiras.
- » Preparar modelos em gesso.
- » Registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle administrativo em saúde bucal.
- » Executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho.
- » Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal.
- » Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.
- » Desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários.
- » Realizar em equipe levantamento de necessidades em saúde bucal.
- » Adotar medidas de biossegurança visando ao controle de infecção.