

# Semiologia

---



Cawson's

Fundamentos Básicos

de  
**Patologia**  
e **Medicina** **Oral**

Oitava Edição

R. A. Cawson  
E. W. Odell



# SEMIOLOGIA

---

- **CONCEITO:** É a parte da medicina que estuda sinais e sintomas das doenças, importantes para o diagnóstico de algumas doenças.

Grego: semeion - sinal      logia - estudo

# Burket (1958)

---

É de responsabilidade do Cirurgião-dentista o estudo, diagnóstico, prevenção e tratamento dos seguintes itens:

- Doenças dos tecidos mineralizados e não mineralizados dos dentes.
- Doenças dos tecidos de suporte e proteção dos dentes
- Doenças limitadas aos lábios, língua, mucosa bucal e glândulas salivares.
- Lesões bucais e dos órgãos contidos na boca com parte dos estados mórbidos generalizados.

# Saúde x Doença



Foto cedida Giuliene Passoni

# Saúde x Doença

---





Foto cedida Giulienne Passoni



Foto cedida Giulienne Passoni

## Saúde (OMS)

---

É um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não mera ausência de doença ou invalidez.

# Livro: Semiologia Médica (Celmo Celeno Porto)

- 
- “ A saúde é resultante da interação de fatores relativos ao indivíduo e à comunidade (resistência, condições de trabalho, estilo de vida), ao ambiente (dimensões ecológicas e sociais) e ao agente (físico, químico ou biológico).

# Sinal x sintomas

---

**Sinal** – dado objetivo, que pode ser observado pelo operador. Ex.: sangramento, edema

**Sintomas** – sensação subjetiva, sentida pelo paciente mas não visualizado pelo operador.  
Ex. tontura, dor







# Síndrome

- É o conjunto de sintomas e/ou sinais que ocorrem associadamente e que podem ser determinados por causas diferentes.

Ex.: Síndrome de Peutz-Jeghers: **síndrome da polipose hereditária intestinal**(SPHI) é uma doença genética

Na infância aparecem os primeiros sintomas, que aumentam com a idade e incluem:

Dor abdominal, Escurecimento da mucosa da boca, Sangramento intestinal, Pólipos (hamartomas) em tubo digestivo.

O aumento nos índices de estrogênio ou testosterona podem estar associados a:

Irregularidades menstruais, Puberdade precoce, Ginecomastia, Crescimento acelerado, Tumor testicular.





# Diagnóstico

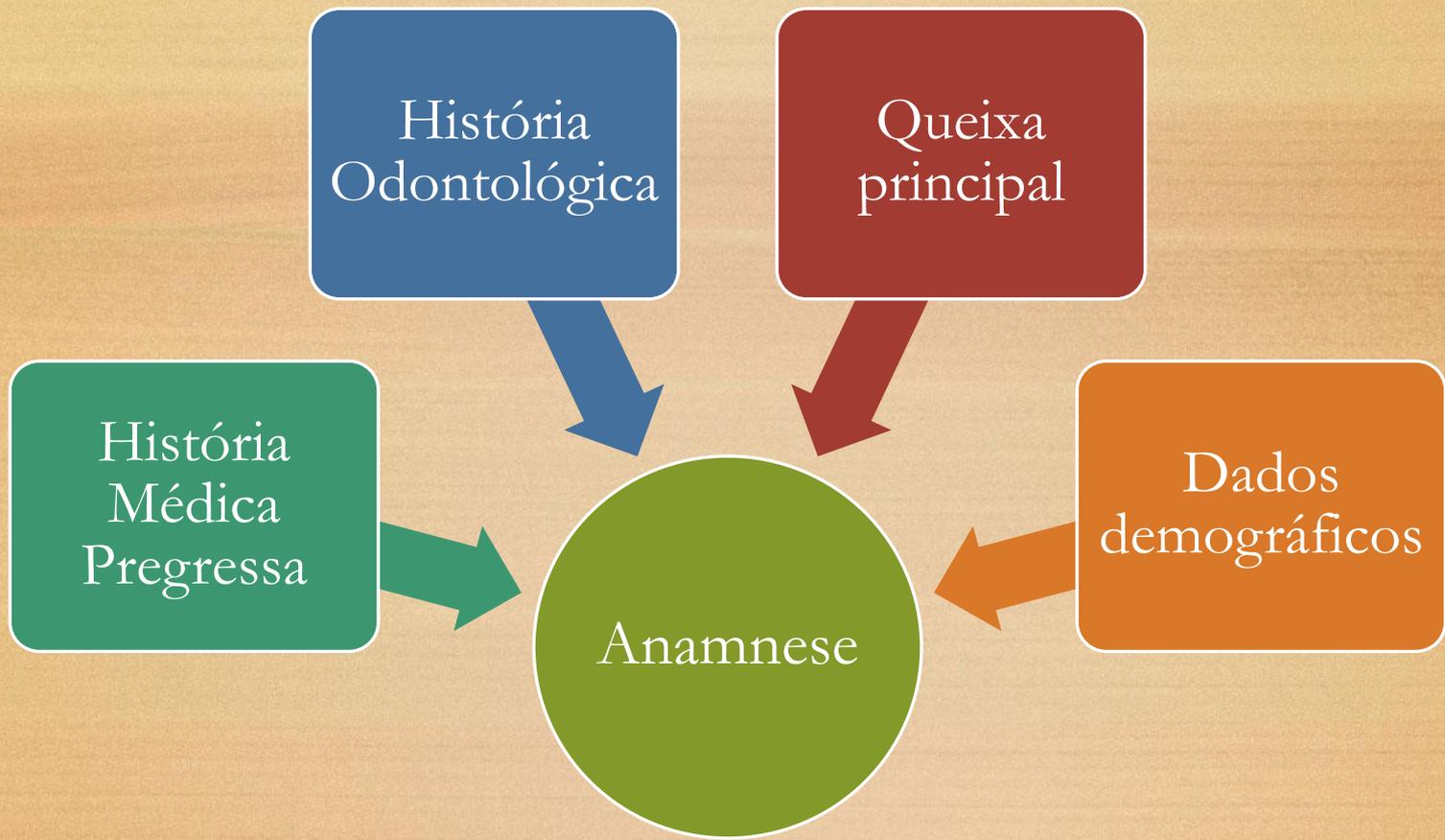
- Grego: *diagnosis* – ato de discernir, ou seja, reconhecer uma dada enfermidade por suas manifestações clínicas, bem como prever a sua evolução.



# Prognóstico

- Consiste em prever a evolução da doença e suas prováveis consequências.
- 





**SEMIOTÉCNICA = ANAMNESE**

técnica da pesquisa dos sinais e sintomas e se resolve na arte de explorar (*coleta dos dados básicos*).

# Ficha Clínica

---



**CURSO DE ODONTOLOGIA**

Prontuário: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Aluno(s): \_\_\_\_\_

Professor (a) Responsável: \_\_\_\_\_

**DADOS DEMOGRÁFICOS**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone Fixo: \_\_\_\_\_ Telefone Celular: \_\_\_\_\_

Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Cor: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA MÉDICA**

Apresenta algum problema de saúde? ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

Está fazendo algum tratamento médico? ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

Nome e telefone do médico: \_\_\_\_\_

Está tomando algum tipo de medicamento? ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

Quando esteve no médico pela última vez? \_\_\_\_\_

Tratando o que? \_\_\_\_\_

Já passou por algum procedimento cirúrgico? ( ) Não ( ) Sim

Qual/Quando? \_\_\_\_\_

Você ou alguém de sua família sofre de alguma doença sistêmica? ( ) Não ( ) Sim

Quem/ Qual doença? \_\_\_\_\_

Possui algum tipo de alergia? ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

Outras informações que julgar importante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## HISTÓRIA ODONTOLÓGICA

Motivo da consulta: \_\_\_\_\_

Quando foi sua última consulta ao dentista? \_\_\_\_\_

Qual motivo? \_\_\_\_\_

Terminou o tratamento? ( ) Sim ( ) Não Pq? \_\_\_\_\_

Apresenta sangramento gengival? ( ) Sim ( ) Não

Apresenta dificuldade em abrir a boca? ( ) Sim ( ) Não

Apresenta dores na face? ( ) Sim ( ) Não

Apresenta hábitos bucais nocivos? ( ) Chupeta ( ) Sucção digital ( ) Onicofagia ( ) Bruxismo ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Respiração: ( ) Nasal ( ) Bucal ( ) Mista

Deglutição: ( ) Normal ( ) Atípica

Fonação: ( ) Normal ( ) Atípica

## EXAME EXTRA BUCAL

Assimetria? ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

ATM: ( ) Normal ( ) Alterada \_\_\_\_\_

Linfonodos: ( ) Normais ( ) Alterados \_\_\_\_\_

Músculos Face/Pescoço: ( ) Normais ( ) Alterados \_\_\_\_\_

## EXAME INTRA BUCAL

Lábios: ( ) Normais ( ) Alterados \_\_\_\_\_

Fundo de Vestíbulo: ( ) Normal ( ) Alterado \_\_\_\_\_

Palato: ( ) Normal ( ) Alterado \_\_\_\_\_

Bochecha: ( ) Normal ( ) Alterado \_\_\_\_\_  
 Língua: ( ) Normal ( ) Alterado \_\_\_\_\_  
 Assoalho da boca: ( ) Normal ( ) Alterado \_\_\_\_\_  
 Faringe bucal: ( ) Normal ( ) Alterado \_\_\_\_\_  
 História de trauma dental: ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_  
 Oclusão: ( ) Normal ( ) Alterada \_\_\_\_\_  
 Uso de aparelho ortodôntico: ( ) Não ( ) Móvel – Tempo: \_\_\_\_\_ ( ) Fixo – Tempo: \_\_\_\_\_  
 Aspecto periodontal: ( ) Normal ( ) Alterado \_\_\_\_\_  
 Fluorose: ( ) Normal ( ) Questionável ( ) Muito Leve ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severa  
 Outras informações que julgar importante: \_\_\_\_\_

**EXAME CLÍNICO**



CPO-D: \_\_\_\_\_ CPO-S: \_\_\_\_\_

Atividade de cárie: ( ) Alta Atividade ( ) Baixa Atividade  
 Risco à cárie: ( ) Fluxo salivar reduzido ( ) Alta frequência de ingestão de carboidratos  
 ( ) Mancha branca ativa ( ) Lesões cavitadas ( ) Presença de placa bacteriana  
 ( ) Dificuldade de higienização ( ) Fatores retentivos de placa ( ) Ausência do uso fio dental

PERIOGRAMA

DENTE		18	17	16	15	14	13	12	11
FACES	M								
	V								
	D								
	P								
FURCA		DYM	DYM	DYM	DM	DM			
MOBILIDADE									
RECESSÃO									

	21	22	23	24	25	26	27	28
				MO	MO	MYD	MYD	MYD

DENTE		48	47	46	45	44	43	42	41
FACES	M								
	V								
	D								
	L								
FURCA		VL	VL	VL					
MOBILIDADE									
RECESSÃO									

	31	32	33	34	35	36	37	38
						VL	VL	VL

DECLARAÇÃO

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e concordo com seu uso para fins didáticos e de pesquisa, bem como concordo com o plano de tratamento proposto.

Sinop, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_



## TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do RG nº \_\_\_\_\_, declaro ter conhecimento e fui orientado de que os tratamentos ofertados aos pacientes desta Instituição tem por objetivo principal a instrução, a demonstração, o treinamento e o planejamento de procedimentos utilizados pela Ciência Odontológica e que os procedimentos serão realizados por ALUNOS da graduação, extensão e pós-graduação do Curso de Odontologia da Fasipe sob orientação de seus professores.

Na condição de voluntário ao tratamento fui ESCLARECIDO e ORIENTADO dos propósitos, riscos e alternativas de tratamento indicados para o meu caso, bem como de possíveis desconfortos que poderão ocorrer durante e após o tratamento realizado.

Tenho conhecimento de que meu caso clínico poderá ser utilizado para fins didáticos (aulas) a outros alunos, ou mesmo em livros, jornais e revistas científicas, sempre resguardando os preceitos éticos do segredo e sigilo profissional.

Portanto, declaro ter lido e ouvido os esclarecimentos e orientações necessárias, compreendi os objetivos do tratamento, e minhas dúvidas foram esclarecidas, e por isso dou meu consentimento.

Sinop/MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura do Paciente / Responsável: \_\_\_\_\_

Editor  
Gilberto Marcucci

Fundamentos de Odontologia

# ESTOMATOLOGIA

Coordenador da Série  
Cswaldo Crivello Junior

2ª edição



---

Cap. 2 –  
pág. 3-38