



EXÉRCITO BRASILEIRO
ESCOLA DE SAÚDE E FORMAÇÃO COMPLEMENTAR DO EXÉRCITO

CONCURSO DE ADMISSÃO/2022
PARA MATRÍCULA NO CURSO DE FORMAÇÃO DE OFICIAIS DO SERVIÇO DE SAÚDE/2023

002. PROVA OBJETIVA

CURSO DE FORMAÇÃO DE OFICIAIS DENTISTAS

ESPECIALIDADE: DENTÍSTICA RESTAURADORA

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 60 questões objetivas.
- Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- Certifique-se de que a letra referente ao modelo de sua prova é igual àquela constante em sua folha de respostas.
- Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições.
- Caso haja alguma divergência de informação, comunique ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta azul ou preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- A duração da prova é de 4 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 3 horas do início da prova.
- Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.

Nome do candidato _____

RG _____ Inscrição _____ Prédio _____ Sala _____ Carteira _____

CONHECIMENTOS GERAIS

- 01.** Nos epitélios de revestimento, as células se dispõem em folhetos que cobrem a superfície externa do corpo ou que revestem as cavidades internas, as grandes cavidades do corpo, o lúmen dos vasos sanguíneos, o lúmen de todos os órgãos ocos, tubos de diversos calibres. Esses epitélios são classificados de acordo com o número de camadas de células que constituem esses folhetos epiteliais e conforme as características morfológicas das suas células.
- O revestimento de vasos (endotélio) e a mucosa de revestimento bucal são constituídas respectivamente por:
- (A) epitélio simples pavimentoso e epitélio estratificado pavimentoso não queratinizado.
 - (B) epitélio de transição e epitélio simples prismático.
 - (C) epitélio simples cúbico e epitélio estratificado pavimentoso queratinizado.
 - (D) epitélio estratificado pavimentoso não queratinizado e epitélio estratificado pavimentoso queratinizado.
 - (E) epitélio simples prismático e epitélio simples cúbico.
- 02.** Em determinadas condições atípicas, um tipo de tecido epitelial pode transformar-se em outro, por exemplo, em tabagistas que fumam grande quantidade de cigarros, o epitélio pseudoestratificado ciliado que reveste os brônquios pode transformar-se em epitélio estratificado pavimentoso. Esse processo, quando reversível, é chamado
- (A) hiperplasia.
 - (B) neoplasia.
 - (C) metaplasia.
 - (D) aplasia.
 - (E) displasia.
- 03.** A agressão às terminações nervosas da região orofacial pode variar desde a simples contusão até a ruptura completa do nervo. A resposta de cicatrização depende da gravidade e da extensão da lesão.
- Forma mais suave de lesão do nervo e é uma interrupção passageira da condução nervosa sem perda da continuidade axonal. A continuidade da bainha epineural e dos axônios é mantida e alterações morfológicas são mínimas. O restabelecimento do *deficit* funcional é espontâneo e, em geral, completo dentro de 3 a 4 semanas.
- A descrição refere-se a
- (A) neuropraxia.
 - (B) axonotmesis.
 - (C) laceração.
 - (D) estiramento.
 - (E) neurotmesis.
- 04.** Um dente incluso ou impactado é aquele que não está erupcionado em virtude da obstrução física ou da falta de força eruptiva normal.
- Os dentes permanentes mais comumente afetados pela impactação são:
- (A) terceiros molares.
 - (B) primeiros molares.
 - (C) pré-molares.
 - (D) segundos molares.
 - (E) incisivos centrais.
- 05.** Paciente de 47 anos, gênero masculino, leucoderma, queixa-se de tumefação da região anterior do palato, drenagem e dor. O exame radiográfico exhibe uma lesão radiolúcida oval bem circunscrita (diâmetro de 1,5 cm), próxima da linha média da região anterior de maxila, entre os ápices dos incisivos centrais.
- Sabendo tratar-se de um cisto de desenvolvimento, uma hipótese de diagnóstico é:
- (A) cisto da papila incisiva.
 - (B) cisto do ducto nasopalatino.
 - (C) cisto primordial (queratocisto).
 - (D) cisto odontogênico calcificante.
 - (E) cisto da lâmina dentária.
- 06.** O defeito visível pré-eruptivo quantitativo de esmalte causado por fatores ambientais, que ocorre na forma de fossetas, ranhuras ou grandes áreas de ausência de esmalte, denomina-se
- (A) abfração.
 - (B) opacidades difusas.
 - (C) hipoplasia de esmalte.
 - (D) erosão.
 - (E) atrição.
- 07.** Na reabsorção radicular interna inflamatória, a dentina reabsorvida é substituída por
- (A) osso cementoide.
 - (B) fibras colágenas.
 - (C) células do ligamento periodontal.
 - (D) osso.
 - (E) tecido de granulação.

08. O pH crítico é o pH abaixo do qual os fluidos bucais (saliva ou fluido do biofilme) se tornam subsaturados em relação à solubilidade dos minerais dentais, ocorrendo como consequência a dissolução (desmineralização) do esmalte-dentina. Isso não significa que, imediatamente abaixo do pH crítico, o esmalte passa a se dissolver e, imediatamente acima, ele tem a tendência de se remineralizar, mas que, aproximadamente nesse pH, os fluidos bucais deixam de possuir íons minerais com atividade suficiente para manter a estrutura mineral íntegra, resultando assim em sua dissolução.

O pH crítico para a dissolução do esmalte é de

- (A) 6,0.
- (B) 4,5.
- (C) 6,5.
- (D) 7,0.
- (E) 5,5.

09. Clinicamente, a dentina cariada pode ser subdividida em dentina infectada e dentina contaminada. A dentina infectada engloba

- (A) a zona de desmineralização superficial e a zona translúcida.
- (B) a zona de dentina hipermineralizada (esclerose de túbulos) e a zona de peptonização.
- (C) o corpo da lesão e a zona escura.
- (D) a zona de peptonização e a zona de desmineralização superficial.
- (E) a zona de desmineralização profunda e a zona de dentina hipermineralizada (esclerose de túbulos).

10. Em relação aos métodos de diagnóstico de cárie, assinale a alternativa correta.

- (A) No método por eletrocondutividade, em uma lesão de cárie, a condutância está reduzida e a resistência aumentada.
- (B) O método radiográfico interproximal mostra-se adequado para diagnóstico de cáries de superfícies lisas livres, cáries oclusais em esmalte e cáries oclusais secundárias; moderado para inspeção de superfícies radiculares e deficiente para cáries oclusais, proximais posteriores e lesões secundárias.
- (C) A inspeção visual é o único método de diagnóstico de lesão de cárie que possibilita a avaliação da atividade da lesão por meio das suas características clínicas.
- (D) Na transiluminação por fibra óptica (FOTI), a lesão de cárie aparece como uma região translúcida, podendo ser facilmente utilizada para localizar lesões de cárie na superfície oclusal, porém não há capacidade de detecção de lesões interproximais.
- (E) A fluorescência quantitativa induzida pela luz (QLF) é um sistema de câmera que utiliza a fluorescência amarela e azul da cavidade bucal para avaliar a saúde bucal, empregando luz de 20 nm para excitar a fluorescência.

11. Na contraindicação absoluta ao uso de soluções anestésicas locais que contêm vasoconstritores adrenérgicos e quando o procedimento demandar anestesia pulpar com duração > 30 min, recomenda-se a utilização de

- (A) prilocaína 3% com felipressina 0,03 UI/mL.
- (B) mepivacaína 3% (sem vasoconstritor).
- (C) lidocaína 2% (sem vasoconstritor).
- (D) lidocaína 3% com norepinefrina 1:50 000.
- (E) lidocaína 2% com fenilefrina 1:2500.

12. Nos quadros de dor já instalada, o emprego de fármacos que deprimem diretamente a atividade dos nociceptores pode ser conveniente, pois conseguem diminuir o estado de hiperalgesia persistente. Isso é conseguido por meio do bloqueio da entrada de cálcio e da diminuição dos níveis de AMPc nos nociceptores.

Assinale a alternativa que apresenta apenas fármacos que bloqueiam diretamente a sensibilização dos nociceptores.

- (A) Paracetamol e Ibuprofeno.
- (B) Dipirona e diclofenaco.
- (C) Betametasona e paracetamol.
- (D) Prednisolona e nimesulida.
- (E) Dexametasona e dipirona.

13. Paciente de 83 anos, gênero feminino, melanoderma, saudável, será submetida a procedimento cirúrgico odontológico. A fim de controlar a ansiedade, o planejamento cirúrgico inclui sedação mínima oral com benzodiazepínicos. Levando-se em consideração que, em idosos, além de serem metabolizados e excretados de forma mais lenta, os benzodiazepínicos, pela sua lipossolubilidade, depositam-se no tecido gorduroso que substitui a massa muscular nesses indivíduos, uma indicação segura para essa paciente é

- (A) Diazepam 15 mg.
- (B) Diazepam 20 mg.
- (C) Alprazolam 1 mg.
- (D) Midazolam 15 mg.
- (E) Lorazepam 1 mg.

14. Paciente de 58 anos, gênero masculino, leucoderma, relata fazer uso crônico de varfarina. A fim de evitar o aumento do risco de hemorragia durante ou após um procedimento cirúrgico odontológico, o cirurgião-dentista deve evitar a prescrição de

- (A) Dipirona e eritromicina.
- (B) Dipirona e dexametasona.
- (C) Betametasona e amoxicilina.
- (D) Paracetamol e AINEs.
- (E) AINEs e dipirona.

15. A técnica para o bloqueio do nervo dentário inferior é similar para adultos e crianças, mas existem algumas variações anatômicas que levarão a pequenas adaptações, como:

- (A) A espinha de Spix situa-se 10 mm acima do plano oclusal e 14 mm posterior ao triângulo retromolar, na criança de 6 a 10 anos de idade.
- (B) O ramo ascendente da mandíbula da criança é mais longo em relação ao ramo horizontal do que no adulto.
- (C) O ângulo goníaco é mais fechado, quanto mais jovem a criança.
- (D) O diâmetro anteroposterior do ramo é maior na criança.
- (E) A linha oblíqua interna raramente está presente.

16. Paciente de 12 anos, gênero feminino, saudável, indígena, moradora de aldeia na região Agreste de Alagoas, receberá tratamento restaurador atraumático convencional, após avaliação clínica odontológica.

Em relação a essa técnica, é correto afirmar que

- (A) é indicada para lesões profundas de cárie, com risco de envolvimento pulpar.
- (B) o material de escolha para essa técnica é o fosfato de zinco.
- (C) é indicada para lesões de cárie oclusais e ocluso-proximais, assintomáticas, até a profundidade média.
- (D) o material deve ser colocado na cavidade somente após a remoção da dentina afetada.
- (E) o material deve ser inserido na cavidade sob isolamento absoluto do campo operatório.

17. Parte significativa da população utiliza grande quantidade de adoçantes, sem considerar os efeitos tóxicos e residuais desses produtos. A substituição do açúcar por adoçantes é recomendada apenas para casos específicos, como obesidade e diabetes.

Adoçante não calórico (não contém qualquer componente energético e não são transformados em ácidos pelas bactérias), que pode ser aquecido para preparo de receitas e que não apresenta sabor metálico residual.

A descrição refere-se:

- (A) à sucralose.
- (B) ao xilitol.
- (C) ao sorbitol.
- (D) ao manitol.
- (E) ao lactitol.

18. Paciente de 13 anos, gênero feminino, leucoderma, portadora de aparelho ortodôntico fixo, recebeu orientações de higiene bucodental, incluindo a seguinte técnica de escovação dental: colocar as cerdas da escova dental diretamente sobre o sulco gengival, em um ângulo de 45° com o longo eixo do dente, e com a escova dental forçada nessa região, executar movimentos vibratórios anteroposteriores, de pequena amplitude.

A descrição refere-se à técnica:

- (A) Scrub.
- (B) Bass.
- (C) Fones.
- (D) Stillman modificada.
- (E) Charters.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

19. Em relação ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (de acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017), estipula(m)-se

- (A) até 2 (duas) equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo.
- (B) população adscrita fixa por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 5000 a 10000 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e as diretrizes da Atenção Básica.
- (C) o funcionamento das UBSs com carga horária mínima de 48 horas/semanais, no mínimo 6 (seis) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.
- (D) para cálculo do teto máximo de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), com ou sem os profissionais de saúde bucal, pelas quais o Município e o Distrito Federal poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, a seguinte fórmula: $\text{População}/2000$.
- (E) que uma equipe de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção Básica (eAB) seja responsável por toda população em municípios ou territórios com menos de 10000 habitantes.

20. Assinale a alternativa que apresenta informação correta de acordo com o Código de Ética Odontológica, aprovado pela Resolução CFO-118/2012, em seu Capítulo VI – Do sigilo profissional, artigo 14.

- (A) Constitui quebra de sigilo profissional a declinação do tratamento empreendido, na cobrança judicial de honorários profissionais.
- (B) Constitui infração ética fazer referência a casos clínicos identificáveis, em qualquer meio de comunicação ou sob qualquer pretexto, salvo se o cirurgião-dentista estiver no exercício da docência e ou em publicações científicas, nos quais, a autorização do paciente ou seu responsável legal, lhe permite a exibição da imagem ou prontuários com finalidade didático-acadêmicas.
- (C) Constitui infração ética revelar fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão, mesmo diante de colaboração com a justiça nos casos previstos em lei.
- (D) Constitui quebra de sigilo profissional a comunicação ao Conselho Regional e às autoridades sanitárias das condições de trabalho indignas, inseguras e insalubres.
- (E) Constitui infração ética revelar, ao responsável pelo incapaz, fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão.

21. Em relação à nomenclatura das partes constituintes das cavidades dentárias, assinale a alternativa correta.

- (A) Os ângulos diedros do primeiro grupo são formados pela união de uma parede circundante com a parede de fundo da cavidade.
- (B) Os ângulos diedros, do segundo grupo são formados pela união das paredes de fundo da cavidade.
- (C) Os ângulos diedros do terceiro grupo são formados pela junção das paredes circundantes.
- (D) As paredes circundantes correspondem às paredes pulpar e axial das caixas oclusal e proximal respectivamente.
- (E) As paredes de fundo correspondem ao assoalho da cavidade e podem ser chamadas de axial, quando se apresentam paralelas ao eixo longitudinal do dente e pulpar, quando perpendiculares ao eixo longitudinal do dente.

22. Em relação às cavidades classe II Slot vertical de Markley, pode-se afirmar que são realizadas em

- (A) pré-molares superiores e inferiores, quando apenas a face proximal cariada é incluída na preparação, sem nenhum envolvimento da superfície oclusal.
- (B) dentes anteriores superiores, quando apenas a face proximal é envolvida pela cárie, preservando a crista marginal.
- (C) dentes anteriores quando apenas a face proximal cariada é incluída na preparação, sem nenhum envolvimento da borda incisal.
- (D) pré-molares superiores e inferiores, quando a face oclusal cariada se une à face proximal na preparação, com envolvimento da crista marginal.
- (E) molares superiores e inferiores, quando a face oclusal cariada se une à face proximal na preparação, com envolvimento da crista marginal.

23. Os procedimentos para a confecção de uma cavidade evoluíram, mas continuam embasados nos princípios preconizados por Black.

Levando-se em consideração os princípios de Black, assinale a alternativa que contém a informação correta.

- (A) Quando a propagação da cárie em dentes anterosuperiores compromete a distância biológica, vertical e horizontal, a fim de se manterem as exigências estéticas, a remoção da área inflamada do *col* é suficiente, não havendo necessidade de realizar osteotomia e/ou osteoplastia ou pela tração do dente.
- (B) O ângulo cavo-superficial ideal das cavidades para amálgama deve ser de 90°, para compensar a baixa resistência de borda desse material, mas nem sempre a estrutura dentária possibilita essa angulação, sem que os prismas de esmalte marginais das vertentes de cúspides fiquem fragilizados, nesse caso, são aceitáveis margens com pelo menos 40°.
- (C) Quando o material restaurador for de inserção direta (amálgama e resina composta), as paredes vestibular e lingual da caixa proximal podem ser divergentes para oclusal.
- (D) Quando duas cavidades de cicatrículas distintas se encontram separadas por uma estrutura sadia de menos de 1 mm, elas devem ser unidas em uma única cavidade, a fim de eliminar essa estrutura dentária enfraquecida.
- (E) Em cavidades proximais, originadas de cáries incipientes, a localização da parede gengival estará correta quando, após a remoção de todo tecido cariado e a realização da extensão para gengival, houver uma separação da superfície proximal do dente vizinho de aproximadamente 1mm para amálgama e de 0,2 mm para restaurações indiretas.

24. Além de englobar o processo cariioso, o término da cavidade deve ser estendido para áreas que facilitem o acabamento das bordas da restauração. Quando a cárie for incipiente, após a sua remoção, as terminações vestibular e lingual da cavidade devem ser estendidas em direção às respectivas faces, até que fiquem livres de contato com o dente vizinho. Esse procedimento visa fundamentalmente assegurar o acabamento da cavidade e restaurações mais fáceis de serem executadas, além de favorecer a higienização da interface dente-restauração. Segundo Black, as margens deveriam ser estendidas do dente contíguo, nos preparos clássicos para restaurações de amálgama, de

- (A) 0,2 a 0,5 mm.
- (B) 1,5 a 2,0 mm.
- (C) 0,8 a 1,2 mm.
- (D) 0,5 a 1,0 mm.
- (E) 0,2 a 0,8 mm.

25. A forma de resistência baseia-se em princípios mecânicos, pois os movimentos mandibulares dão origem a forças que podem provocar a fratura das paredes cavitárias ou do material restaurador. Para restaurações indiretas do tipo *inlay* e *onlay*, as paredes vestibular e lingual da caixa proximal devem ser

- (A) convergentes no sentido gengivo-oclusal e divergentes no sentido axioproximal.
- (B) divergentes no sentido gengivo-oclusal e axioproximal.
- (C) convergentes no sentido gengivo-oclusal e axioproximal.
- (D) paralelas no sentido gengivo-oclusal e divergentes no sentido axioproximal.
- (E) divergentes no sentido gengivo-oclusal e convergentes no sentido axioproximal.

26. Em relação ao acabamento das paredes e margens de esmalte após a confecção de uma cavidade ou o preparo protético, assinale a alternativa que apresenta a informação correta.

- (A) As camadas de esmalte sem suporte dentinário e friáveis podem ser mantidas e calçadas com materiais adesivos.
- (B) Os prismas fragilizados da margem do esmalte com e sem suporte que ocorrem no ângulo cavossuperficial e se soltam facilmente sob qualquer pressão devem ser removidos durante o acabamento.
- (C) Os prismas fragilizados da margem do esmalte com e sem suporte que ocorrem no ângulo cavossuperficial e se soltam facilmente sob qualquer pressão podem ser mantidos e calçados com materiais adesivos.
- (D) O esmalte com suporte dentinário e não friável deve ser eliminado durante os procedimentos de clivagem e acabamento das paredes adamantinas.
- (E) O esmalte sem suporte dentinário e não friável deve ser eliminado durante os procedimentos de clivagem e acabamento das paredes adamantinas, não sendo indicado o preenchimento/calço com materiais adesivos.

27. Instrumentos de corte manual usados especialmente para planificação do ângulo cavo-superficial gengival, arredondamento do ângulo axiopulpar e determinação de retenção na parede gengival/cervical de cavidade de classe II. Suas lâminas são curvas e anguladas para aplicações dos lados direito e esquerdo, tanto nas superfícies mesial como distal do dente.

A descrição refere-se

- (A) às curetas de Molt.
- (B) aos machados.
- (C) aos cinzéis monoangulados.
- (D) aos recortadores de margem gengival.
- (E) às enxadas.

- 28.** Os instrumentos de corte manual devem ser periodicamente afiados para garantir a sua efetividade na utilização dos preparos cavitários. Os biséis devem permanecer, em relação à face da lâmina, em ângulo de cerca de
- (A) 45°.
 - (B) 65°.
 - (C) 75°.
 - (D) 30°.
 - (E) 55°.
- 29.** Todos os materiais restauradores requerem campo operatório isolado, seco e perfeitamente limpo para serem inseridos ou condensados nas cavidades. O isolamento do campo operatório pode ser absoluto ou relativo.
- Em relação ao isolamento absoluto, na técnica de *Ingraham* para colocação do dique de borracha, coloca-se
- (A) o grampo sem asas com a borracha e a seguir o porta-dique.
 - (B) o conjunto grampo-arco-borracha a um só tempo.
 - (C) o conjunto borracha-arco, e a seguir o grampo.
 - (D) o grampo com asas com a borracha e a seguir o porta-dique
 - (E) o grampo e, em seguida, a borracha e o porta-dique.
- 30.** Em relação à técnica para isolamento absoluto do campo operatório, originalmente concebida por *Wyse* em 1971, assinale a alternativa que apresenta a informação correta.
- (A) Possibilita o controle total do fluxo salivar e da umidade.
 - (B) Não permite o controle do fluxo salivar por quadrante em procedimentos de fechamento de diastemas múltiplos e restaurações de várias cavidades contíguas.
 - (C) Não permite o controle do fluxo salivar por segmentos dentários em procedimentos de cimentações adesivas e tratamento de dentes com aparelhos ortodônticos fixos.
 - (D) Utiliza-se uma agulha para sutura preparada, com a ponta ativa arredondada e fio dental para a fixação da borracha sob os pontos de contato.
 - (E) Sugere o seccionamento dos septos de borracha entre os orifícios que isolam a área interdentária.
- 31.** Em relação ao cimento de ionômero de vidro (CIV), assinale a alternativa correta.
- (A) O frasco deve ser posicionado obliquamente à placa ou ao bloco de manipulação quando o líquido for proporcionado para diminuir a inclusão de bolhas de ar.
 - (B) O líquido do CIV pode ser utilizado como condicionador da superfície, já que alguns materiais apresentam o ácido poliacrílico liofilizado ao pó, sendo o líquido uma solução aquosa com alta capacidade de limpeza da superfície.
 - (C) O CIV deve ser aglutinado, e não espatulado, pois a espatulação promove fratura das partículas de vidro, podendo alterar as propriedades mecânicas e a viscosidade do material.
 - (D) O tempo de trabalho é de aproximadamente 5 minutos, e o material deve ser inserido na cavidade quando não apresentar mais brilho.
 - (E) O líquido deve ser armazenado na geladeira a fim de aumentar o tempo de trabalho.
- 32.** Baseando-se na classificação do óxido de zinco e eugenol (OZE) que leva em consideração a sua indicação, quando utilizado para restaurações provisórias de longa duração, é tipo
- (A) II.
 - (B) I.
 - (C) V.
 - (D) III.
 - (E) IV.
- 33.** Em relação ao cimento de óxido de zinco sem eugenol, é correto afirmar que
- (A) é indicado em cavidades amplas, sujeitos a grandes cargas oclusais.
 - (B) toma presa por absorção de umidade (saliva) após 10 a 30 minutos.
 - (C) apresenta-se na forma de pó e líquido.
 - (D) apresenta como desvantagem a baixa capacidade de selamento.
 - (E) tem como propriedade favorável a alta resistência à abrasão.

34. Essa intervenção consiste em remover parcialmente a dentina cariada, de forma a manter a dentina amolecida (infectada/contaminada) nas paredes profundas da cavidade, com o intuito de evitar exposição pulpar. Após determinado tempo de espera, realiza-se uma nova abordagem para remoção de todo o tecido cariado amolecido que ainda persiste. Assim, após esse tempo de espera, e em condições apropriadas, o complexo dentinopulpar estimula sob esse remanescente cariado a formação de uma dentina esclerosada.

Considerando a descrição completa da técnica, pode-se afirmar que se refere à modalidade terapêutica denominada

- (A) capeamento pulpar direto.
- (B) restauração definitiva.
- (C) tratamento expectante.
- (D) proteção pulpar indireta.
- (E) técnica da remoção parcial de cárie.

35. Na técnica operatória da proteção pulpar indireta para cavidades muito profundas em dentina sem esclerose, indica-se aplicar

- (A) agente forrador + material selador, além de inserir material restaurador definitivo.
- (B) base cavitária + agente forrador, além de inserir material restaurador definitivo.
- (C) base cavitária + agente forrador + material selador, além de inserir material restaurador definitivo.
- (D) agente forrador + base cavitária + material selador, além de inserir material restaurador definitivo.
- (E) base cavitária + material selador, além de inserir material restaurador definitivo.

36. Na técnica operatória da proteção pulpar direta, assinale a alternativa que apresenta a opção correta para aplicação do material de proteção.

- (A) Cimento de hidróxido de cálcio ou MTA + base cavitária + material selador + material restaurador.
- (B) Cimento de ionômero de vidro + material selador + material restaurador.
- (C) Cimento de ionômero de vidro + material restaurador.
- (D) MTA + material restaurador.
- (E) Cimento de hidróxido de cálcio + material restaurador.

37. Na odontologia, a adesão pode ser compreendida como a união de duas faces por intermédio de um sistema adesivo. O mecanismo de adesão ao esmalte dentário é consideravelmente diferente do realizado em dentina.

Assinale a alternativa que apresenta a informação correta em relação ao mecanismo de adesão ao esmalte ou à dentina.

- (A) O processo adesivo ao esmalte necessita de um ambiente úmido, pois só assim o adesivo é capaz de infiltrar nas fibras em expansão e nos microporos criados.
- (B) A adesão ao esmalte ocorre tanto pela união química do adesivo com as fibras colágenas como pela retenção micromecânica na embocadura nos prismas e microporos formados, embora esta última seja o principal mecanismo.
- (C) Na dentina, diferentemente do esmalte, o condicionamento ácido expõe uma rede de fibras colágenas ao mineralizar a fase orgânica do substrato.
- (D) A disposição regular dos prismas torna o esmalte um substrato propício à adesão, já que, após aplicação de um ácido, uma dissolução não seletiva da superfície é estabelecida, tornando-o profundamente poroso e, por consequência, favorável ao processo adesivo.
- (E) O condicionamento ácido, além de produzir microporosidades superficiais, é responsável pelo aumento da energia superficial do esmalte, tornando-o mais receptivo ao adesivo e, assim, facilitando a difusão de monômeros para o interior desses microporos.

38. Em relação aos sistemas adesivos convencionais, é correto afirmar que

- (A) contêm o passo de condicionamento ácido que remove totalmente a *smear layer*, aumentando a permeabilidade do substrato dentário.
- (B) dispensam o condicionamento prévio da superfície dentária com ácido fosfórico.
- (C) podem ser encontrados no formato de dois passos, em que o *primer* ácido é aplicado previamente ao adesivo de cobertura.
- (D) apresentam um *primer* contendo monômeros ácidos, que removem ou modificam a *smear layer*.
- (E) podem ser encontrados no formato simplificado de passo único, em que todos os componentes, tanto do *primer* ácido como do adesivo, são misturados em solução.

39. Em relação ao amálgama utilizado para restaurações diretas em dentes posteriores, assinale a alternativa correta.
- Quanto menos partículas de prata-estanho (AgSn) não consumidas são retidas na estrutura final, mais resistente é o amálgama.
 - A especificação nº 1 da *American Dental Association* (ADA) exige que as ligas de amálgama contenham, predominantemente, os metais prata e estanho.
 - Quando uma liga tem alto teor de estanho, este pode unir-se com os elementos prata e cobre, praticamente eliminando a fase γ (gama) durante as reações de cristalização, formando a fase ϵ (Cu₃Sn).
 - As ligas de amálgama de prata contendo cobre podem sofrer expansão tardia; porém, têm a vantagem de terem maior plasticidade e melhor integridade marginal.
 - O amálgama produzido com apenas o pó usinado de baixo teor de cobre é mais resistente que o produzido com ligas de fase dispersa, devido ao aumento das partículas de liga residuais e à resultante redução da matriz.
40. Existem no mercado aparelhos fotopolimerizadores com programas de intensidade de luz. A técnica *soft-start* de polimerização de resinas compostas fotopolimerizáveis pode ser utilizada
- afastando inicialmente a luz do preparo (em torno de 5 cm) por 5 segundos (baixa intensidade, aproximadamente 300 mW/cm²) e, em seguida, aproximando-a pelo restante do tempo (alta intensidade, em torno de 800 mW/cm²).
 - afastando inicialmente a luz do preparo (em torno de 7 cm) por 5 segundos (baixa intensidade, aproximadamente 150 mW/cm²), interrompendo a aplicação por 1 minuto e retornando, aproximando-a pelo restante do tempo (alta intensidade, em torno de 600 mW/cm²).
 - aproximando inicialmente a luz do preparo (em torno de 2 cm) por 40 segundos (baixa intensidade, aproximadamente 550 mW/cm²) e, em seguida, afastando-a por 3 minutos (alta intensidade, em torno de 950 mW/cm²).
 - aproximando inicialmente a luz do preparo (em torno de 1 cm) por 20 segundos (alta intensidade, em torno de 950 mW/cm²) e, em seguida, afastando-a por 2 minutos (baixa intensidade, aproximadamente 550 mW/cm²).
 - afastando inicialmente a luz do preparo (em torno de 10 cm) por 5 segundos (alta intensidade, em torno de 800 mW/cm²) e, em seguida, aproximando-a pelo restante do tempo (baixa intensidade, aproximadamente 300 mW/cm²).
41. A técnica incremental para a colocação de resina composta fotopolimerizável, preconiza
- a colocação em dois incrementos de resina, polymerizados individualmente, independentemente do tamanho da cavidade.
 - o contato com, no máximo, três paredes da cavidade a cada incremento de resina.
 - a colocação de pequenos incrementos de resina composta, polymerizados individualmente, a fim de diminuir a contração de polimerização e, consequentemente, as sensibilidades pós-operatórias.
 - a inserção da resina inicialmente pela parede oclusal, em restaurações classe II.
 - a colocação de incrementos de aproximadamente 6 mm, polymerizados individualmente.
42. A resina composta é um material com duas fases distintas unidas, cujas propriedades resultam da combinação das mesmas. A maneira mais utilizada para diferenciar os compósitos está baseada na composição de sua fase inorgânica.
- Em relação à classificação das resinas compostas, assinale a alternativa correta.
- A fração inorgânica de compostos microparticulados é 80% do volume total, o que deixa esse material limitado mecanicamente.
 - As resinas nanoparticuladas, contêm 20% (em volume) de partículas de 20 nm e aglomerados de partículas (nanoclusters) entre 1,4 e 2,8 μ m.
 - As resinas compostas híbridas contêm até 30% de sílica coloidal (4 nm), e o restante são partículas maiores de vidros de bário, estrôncio e zircônia.
 - Os compostos que contêm apenas sílica são tradicionalmente chamados de microparticulados.
 - As resinas nano-híbridas contêm 30% (em volume) de partículas inorgânicas, o que propicia um polimento superior ao das resinas microparticuladas, mas com propriedades mecânicas inferiores.
43. Em relação às indicações das resinas compostas de acordo com suas partículas de carga, assinale a alternativa que apresenta resinas compostas indicadas apenas para dentes posteriores.
- Micro-híbridas.
 - Microparticuladas.
 - Siloranos.
 - Nano-híbridas.
 - Híbridas.

44. Em relação às propriedades fundamentais das resinas compostas, a propriedade semelhante à do esmalte, que reflete a luz natural na tonalidade azul e absorve essa mesma luz em uma tonalidade âmbar (pois há mudança no comprimento de onda), denomina-se
- (A) fluorescência.
 - (B) radiopacidade.
 - (C) fosforescência.
 - (D) opalescência.
 - (E) translucidez.
45. As resinas têm diferentes opacidades para compor a policromia natural dos dentes.
- Assinale a alternativa em que aparecem os tipos de resina em uma ordem decrescente de opacidade.
- (A) Resinas translúcidas (T) > de esmalte (E) > de corpo (B) > de dentina (D).
 - (B) Resinas de dentina (D) > de corpo (B) > de esmalte (E) > translúcidas (T).
 - (C) Resinas de corpo (B) > de dentina (D) > de esmalte (E) > translúcidas (T).
 - (D) Resinas translúcidas (T) > de esmalte (E) > de dentina (D) > de corpo (B).
 - (E) Resina de esmalte (E) > translúcidas (T) > de corpo (B) > de dentina (D).
46. O conceito de cor é formado por seus aspectos físicos, sua percepção pelo olho humano e por componentes psicológicos.
- É a família da cor. Para resinas compostas existem: A (marrom), B (amarelo), C (cinza) e D (vermelho) patenteados.
- A descrição refere-se ao(à)
- (A) croma.
 - (B) valor.
 - (C) tom.
 - (D) colorimetria.
 - (E) matiz.
47. Os materiais: pasta de óxido de estanho, óxido de zinco e álcool 96° GL; pedrapomes e água; branco de Espanha e água ou álcool 96° GL; e Amalgloss com água ou álcool, são opções indicadas para restaurações de amálgama, com a finalidade de
- (A) acabamento inicial.
 - (B) acabamento final.
 - (C) polimento inicial.
 - (D) hibridização.
 - (E) polimento final.
48. Em relação ao acabamento e polimento das restaurações em resinas compostas fotopolimerizáveis, assinale a alternativa que apresenta a informação correta.
- (A) A remoção dos excessos grosseiros pode ser realizada com a lâmina de bisturi aplicada, preferencialmente, no sentido do dente para a resina, tendo em vista que o movimento no sentido contrário poderia causar "lascas" na restauração.
 - (B) As pastas diamantadas para acabamento possuem diamante micronizado. Elas são caracterizadas pela alta dureza, com a finalidade de atender às exigências de brilho da porcelana, esmalte dental, resinas e amálgama.
 - (C) As etapas de acabamento e polimento podem ocorrer imediatamente após a confecção das restaurações de resina composta, em uma mesma sessão clínica, sem produzir qualquer efeito prejudicial.
 - (D) No acabamento da restauração, deve-se empregar primeiro as brocas multilaminadas e, depois, as pontas diamantadas. Somente então se fará uso dos demais instrumentos de polimento.
 - (E) O polimento da restauração pode ser realizado com pontas diamantadas de granulação fina e extrafina, bem como brocas multilaminadas de diversos formatos que se adaptem às vertentes de cúspides, fôssulas e sulcos.
49. A análise do sorriso é uma tarefa bastante complexa. O cirurgião-dentista deve buscar melhorá-lo ou, no mínimo, mantê-lo agradável e harmônico.
- De acordo com a harmonia estética, entende-se por sorriso agradável
- (A) a exposição completa dos dentes centrais superiores (incisivos centrais, laterais e caninos) e de cerca de 3 mm de tecido gengival.
 - (B) a exposição de $\frac{1}{2}$ dos dentes superiores (incisivos centrais, laterais e caninos).
 - (C) a exposição de menos de $\frac{1}{4}$ dos dentes superiores (incisivos centrais, laterais e caninos).
 - (D) a exposição completa dos dentes centrais superiores (incisivos centrais, laterais e caninos) e de cerca de 1 mm de tecido gengival.
 - (E) a exposição completa dos dentes centrais superiores (incisivos centrais, laterais e caninos) e de cerca de 4 mm de tecido gengival.

50. A ausência dental ou a deficiência dos lábios e da língua podem acarretar problemas na pronúncia dos sons de M, e F/V e S, os quais devem ser observados durante a análise estética.

Em relação à avaliação dos sons, assinale a alternativa correta.

- (A) A pronúncia dos sons F e V permitem avaliar a dimensão vertical e o comprimento incisal.
- (B) A pronúncia do som S permite avaliar a posição dental e a dimensão vertical, sendo importante lembrar que deve haver contato entre os dentes durante a sua produção.
- (C) A pronúncia do som E avalia, além do comprimento incisal, o comprimento dental dos outros dentes superiores. Nos pacientes jovens, a borda incisal dos incisivos superiores deve estar distanciada do lábio inferior.
- (D) A pronúncia do som de M permite avaliar o comprimento incisal, havendo uma exposição dental de 10 a 20 mm. O comprimento incisal pode ser considerado correto e esteticamente favorável.
- (E) A pronúncia do som de M permite avaliar a dimensão vertical e o comprimento incisal. Com relação à dimensão vertical, a abertura entre as arcadas dentais deve medir entre 2 e 4 mm para que se tenha uma pronúncia correta e esteticamente favorável.

51. Dentre as opções para restauração de dentes anteriores, a técnica de facetas de resina composta vem ganhando cada vez mais espaço, pois permite a correção de cor, a modificação de tamanho, volume e textura e o alinhamento dos dentes envolvidos, bem como é adequada a situações em que seja necessário criar ilusões para os observadores, a fim de proporcionar uma composição dentofacial mais harmônica.

Em relação à indicação e respectivas regiões de uso de corantes laranja-amarelo ou ocre, na caracterização intrínseca das restaurações, assinale a alternativa correta.

- (A) Simula translucidez – entre mamelões.
- (B) Simula ilusão de estreitamento – proximais.
- (C) Simula opalescência – manchas localizadas.
- (D) Simula opalescência – cervical.
- (E) Simula matiz gengival – cervical.

52. É uma indicação para facetas em dentes anteriores:

- (A) amplas lesões de cárie na face vestibular, principalmente quando resultarão em restaurações de classe III ou IV mesial e distal simultâneas, em que a resolução estética é mais difícil.
- (B) alongamento de dentes em que a guia de protrusão se dá em estrutura dentária ou na região restaurada.
- (C) dentes vestibularizados em que a ortodontia está indicada e é possível.
- (D) dentes malformados, ou seja, que apresentem alguma anomalia, como amelogênese ou dentinogênese imperfeita, com grave comprometimento.
- (E) coroas com ampla perda de estrutura, principalmente no caso de dentes com abordagem endodôntica e restaurações médias a grandes de classe III ou IV (que envolvam mais que 50% da estrutura dental).

53. Os tratamentos para descoloração dentária podem ser classificados quanto à condição dos dentes, à técnica de aplicação do agente clareador e à composição do agente clareador.

Quanto à composição do agente clareador, assinale a alternativa que apresenta a informação correta.

- (A) O peróxido de carbamida nas concentrações de 35 a 65% é utilizado no clareamento em consultório, tanto de dentes vitais quanto em desvitalizados.
- (B) O peróxido de hidrogênio nas concentrações de 38 a 52% é utilizado no clareamento em consultório, tanto de dentes vitais quanto em desvitalizados.
- (C) O peróxido de carbamida nas concentrações de 10 a 22% é indicado para a técnica de clareamento caseiro supervisionado.
- (D) O perborato de sódio nas concentrações de 20 a 38% é utilizado no clareamento em consultório, tanto de dentes vitais quanto em desvitalizados.
- (E) O peróxido de hidrogênio nas concentrações de 10 a 22% é indicado no clareamento caseiro supervisionado.

- 54.** Várias técnicas têm sido utilizadas para a remoção de manchamentos e/ou opacidades superficiais do esmalte dentário. Dentre as disponíveis, destaca-se a microabração, que utiliza uma pasta composta por
- (A) um ácido (ácido clorídrico a 22% ou ácido fosfórico a 5%) associado a um abrasivo (pedra-pomes ou dióxido de titânio).
 - (B) um ácido (ácido clorídrico a 12% ou ácido fluorídrico a 15%) associado a um abrasivo (dióxido de silício ou dióxido de titânio).
 - (C) um ácido (ácido clorídrico a 1 % ou ácido fluorídrico a 37%) associado a um abrasivo (pedra-pomes ou dióxido de silício).
 - (D) um ácido (ácido clorídrico a 37% ou ácido fosfórico a 15%) associado a um abrasivo (pedra-pomes ou óxido de alumínio).
 - (E) um ácido (ácido clorídrico a 6% ou ácido fosfórico a 37%) associado a um abrasivo (pedra-pomes ou carbeto de silício).
- 55.** Paciente de 17 anos, gênero feminino, leucoderma, relata sofrer de bulimia, praticar indução de vômito. No exame intrabucal se observam perda de brilho e descalcificações superficiais do esmalte com aspecto largo, raso e sem ângulos nítidos, principalmente nas superfícies lingual e incisal dos dentes. As lesões no esmalte são compatíveis com
- (A) abrasão.
 - (B) erosão por fator extrínseco.
 - (C) atrição.
 - (D) erosão por fator intrínseco.
 - (E) abfração.
- 56.** As lesões cervicais não cariosas são caracterizadas pela perda de tecido dental duro na região próxima à junção cimento-esmalte e, ao promover a exposição da dentina, podem desenvolver sensibilidade dolorosa.
- O tratamento restaurador de uma lesão cervical não cariosa, por abrasão, de 2mm, com hipersensibilidade dentinária, é
- (A) remoção do fator etiológico e dessensibilização.
 - (B) dessensibilização e preservação.
 - (C) remoção do fator etiológico, dessensibilização e preservação.
 - (D) remoção do fator etiológico, dessensibilização, restauração adesiva e preservação.
 - (E) restauração adesiva e preservação.
- 57.** Os pinos intrarradiculares têm como principal função a retenção da restauração direta ou indireta, não contribuindo diretamente para aumentar a resistência do remanescente dentário.
- A utilização de pinos intrarradiculares está contra-indicada na seguinte situação clínica:
- (A) dentes anteriores que apresentem grande perda estrutural.
 - (B) dentes que contêm quatro paredes axiais remanescentes.
 - (C) dentes posteriores que apresentem grande perda estrutural.
 - (D) dentes guias de desocclusão.
 - (E) dentes pilares para prótese fixa.
- 58.** Em relação ao preparo do dente para receber o pino intrarradicular, deve-se manter o mínimo de remanescente de guta-percha no ápice para não prejudicar o selamento apical. Esse remanescente de obturação radicular deve ser de no mínimo
- (A) 0,5 mm.
 - (B) 6 mm.
 - (C) 1 mm.
 - (D) 7 mm.
 - (E) 3 mm.
- 59.** Em relação aos pinos intrarradiculares de fibra de vidro, é correto afirmar que
- (A) apresentam elevado módulo de elasticidade, assim como ocorre com os pinos metálicos, causando também concentração de tensões na parede radicular.
 - (B) não apresentam radiopacidade adequada.
 - (C) apresentam natureza química incompatível com sistemas adesivos e cimentos resinosos.
 - (D) apresentam resistência a compressão menor quando comparados aos pinos de fibra de carbono.
 - (E) apresentam dificuldade de remoção quando comparados aos pinos metálicos.

60. A oclusão é considerada ideal quando restabelece a estabilidade estrutural entre o osso, dentes, músculo, tecido mole e ATM, por meio da distribuição harmônica das forças, e quando propicia harmonia funcional para a mastigação, deglutição e fonação, não culminando em patologia aos tecidos bucais.

Uma característica da oclusão ideal é

- (A) a presença de contatos bilaterais simultâneos na posição final de fechamento de todos os dentes posteriores.
- (B) a realização da desocclusão pelos caninos, no lado de balanceio, liberando de contato todos os dentes posteriores e anteriores, com relações de trespasse horizontal e vertical adequadas.
- (C) a resultante da força oclusal deve ser dissipada perpendicularmente ao longo eixo dos dentes, propiciando equilíbrio entre dente, osso alveolar e estruturas periodontais.
- (D) os movimentos excursivos da mandíbula realizados pelos dentes anteriores (protrusão), mantendo a oclusão dos dentes posteriores.
- (E) a coincidência da dimensão vertical de oclusão e a dimensão vertical de repouso, originando a posição de relação de oclusão cêntrica.

