



114243

MODELO DE
PROVA
(VERSÃO)

B

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.
- (A) Quanto menos partículas de prata-estanho (AgSn) não consumidas são retidas na estrutura final, mais resistente é o amálgama.
 - (B) A especificação nº 1 da *American Dental Association* (ADA) exige que as ligas de amálgama contenham, predominantemente, os metais prata e estanho.
 - (C) 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).
 - (D) As ligas de amálgama de prata contendo cobre podem sofrer expansão tardia; porém, têm a vantagem de terem maior plasticidade e melhor integridade marginal.
 - (E) 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
- (A) 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).
 - (B) 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).
 - (C) 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).
 - (D) 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).
 - (E) 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) a colocação em dois incrementos de resina, polymerizados individualmente, independentemente do tamanho da cavidade.
 - (B) o contato com, no máximo, três paredes da cavidade a cada incremento de resina.
 - (C) a colocação de pequenos incrementos de resina composta, polymerizados individualmente, a fim de diminuir a contração de polimerização e, consequentemente, as sensibilidades pós-operatórias.
 - (D) a inserção da resina inicialmente pela parede oclusal, em restaurações classe II.
 - (E) 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) A fração inorgânica de compostos microparticulados é 80% do volume total, o que deixa esse material limitado mecanicamente.
 - (B) 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.
 - (C) 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.
 - (D) Os compostos que contêm apenas sílica são tradicionalmente chamados de microparticulados.
 - (E) 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.
- (A) Micro-híbridas.
 - (B) Microparticuladas.
 - (C) Siloranos.
 - (D) Nano-híbridas.
 - (E) 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.

