

ESPECIALIDADE: CLÍNICA ODONTOLÓGICA



VERSÃO
A

COMANDO DA AERONÁUTICA

EXAME DE ADMISSÃO AOS CURSOS DE ADAPTAÇÃO DE MÉDICOS, DENTISTAS E FARMACÊUTICOS DA AERONÁUTICA (CCC 2010)

01	D	<p>A alternativa correta pode ser comprovada mediante os seguintes excertos:</p> <p>“(…) os médicos constituem a linha da frente da medicina aeronáutica e são, como tal, os primeiros responsáveis pelo apoio ao pessoal navegante.”</p> <p>“A sua tarefa na assistência ao pessoal navegante compreende o ensino e demonstração da fisiologia de voo, a detecção precoce de alterações recuperáveis que possam interferir na aptidão para o voo ou com a otimização da condição física e psicológica para o desempenho das missões, o aconselhamento em termos de adequação das condições de cada tripulante às missões, a suspensão temporária da atividade aérea em casos de incapacidades súbitas e breves, a orientação (e acompanhamento de todo o processo) para o Hospital ou o Centro de Medicina Aeronáutica de situações não passíveis de intervenção em nível da Base Aérea.</p> <p>“Este estatuto de <i>Flight Surgeon</i> visa, sobretudo, influenciar todo o pessoal navegante que com ele convive diariamente a adotar estilos de vida baseados em medidas preventivas que conduzam à preservação do máximo das suas capacidades e da respectiva aptidão”.</p>
02	A	<p>A alternativa correta encontra respaldo no seguinte trecho: “A vida aeronáutica militar, pela sua especificidade, pelo risco inerente à operação nos limites da aeronave e do organismo humano, pela necessidade de aumentar a operacionalidade nos pressupostos de mais alto, mais rápido e mais longe, impunha a necessidade de melhor gestão dos recursos humanos, de maior apoio ao pessoal envolvido nas operações, de mais investigação no âmbito da adequação da interface homem-máquina, de mais e melhor treino, da vivência de situações simuladas, de ambientes equivalentes/próximos da operacionalidade real, da exposição em situações de segurança à altitude, acelerações, circunstâncias de menor ou alterada estimulação sensorial etc”.</p>
03	B	<p>Prerrogativa significa “Concessão ou vantagem com que se distingue uma pessoa ou uma corporação; privilégio, regalia; Faculdade ou vantagem de que desfrutam os seres de um determinado grupo ou espécie; apanágio, privilégio.”, significado que não é mencionado no texto.</p>
04	D	<p>Na alternativa correta temos o emprego da expressão sem dúvida, que torna evidente a opinião dos autores. Nas demais alternativas, temos apenas informações passadas pelos autores, sem, contudo, opiniões próprias.</p>
05	B	<p>Em alguns casos, o travessão é usado para substituir as vírgulas e/ou os parênteses. Nesse caso, o autor poderia optar por parênteses também. Os termos seguintes retomam a expressão “um outro conhecimento”.</p>
06	C	<p>A alternativa apresenta o mesmo número de fonemas e de letras. Deve-se destacar que, embora o X de “extrema” seja pronunciado como /s/, há um fonema. Nas demais alternativas, há ocorrências de dígrafos vocálicos, quando as letras m e n não representam consoantes, mas tão-</p>

		somente indicam que a vogal anterior é nasal. São exemplos – conhecimento (dígrafo e dígrafo vocálico); circunstâncias, ambiente (2 dígrafos vocálicos), incapacidade (1 dígrafo vocálico).
07	D	O nono parágrafo emprega o verbo <u>surge</u> , o qual se refere à expressão o conceito de “ <i>flight surgeon</i> ”, no início do 8.º par.: “O conceito de “ <i>flight surgeon</i> ” <u>surge</u> nesta sequência, com a necessidade sentida da presença de médico especialista nesta área do conhecimento junto das tripulações.” (...) “Mas <u>surge também</u> pela necessidade...”.
08	C	Temos uma oração desenvolvida. As demais estão incorretas, pois apresentam, orações reduzidas de infinitivo.
09	B	Temos um particípio em função de nome (ligados) que requer um complemento nominal: ligados a quê? À medicina preventiva.
10	A	Não há emprego de conjunções/locuções conjuntivas de valor aditivo, fato que ocorre nas demais alternativas.
11	B	São todas oxítonas. Considera-se sílaba tônica a mais “forte”. Classificam-se de acordo com a posição da sílaba tônica – oxítona (a sílaba tônica é a última); paroxítona (sílabas tônica é penúltima) e proparoxítona (a sílaba tônica é a antepenúltima). Independentemente de acento gráfico, todas as palavras da língua apresentam sílaba tônica e átona; as trissílabas e polissílabas apresentam, também, as subtônicas.
12	A	O elemento destacado introduz uma oração subordinada substantiva objetiva direta. Trata-se de uma conjunção integrante, cuja função é introduzir uma oração que completará o sentido do verbo <u>pretender</u> e introduz uma oração subordinada substantiva objetiva direta. Nas demais alternativas, temos pronomes relativos introdutores de oração subordinada adjetiva.
13	C	Se trata de um adjunto adverbial de modo: de modo/maneira impune. Nem todo advérbio em -mente apresenta sentido de modo.
14	A	A expressão destacada vem após um verbo de ligação.
15	D	O verbo é pronominal, ou seja, o pronome é parte integrante do verbo. As letras A, B e C acompanham verbos transitivos diretos.
16	C	O único sufixo formador de advérbios em português é –mente, que se anexa a bases adjetivas. Na alternativa (C), temos a base adjetiva IMPUNE acrescida do sufixo –MENTE.
17	B	O pretérito perfeito exprime os processos verbais concluídos e localizados em um momento ou período definido do passado (foram, permitiram); o futuro do pretérito expressa processo posterior ao momento passado a que nos estamos referindo; pode expressar dúvida ou incerteza em relação a um fato passado, hipótese, como é o caso (sujeitaria). O pretérito imperfeito tem várias aplicações: pode transmitir uma idéia de continuidade de processo que no passado era constante ou freqüente, como é o caso (elevava).
18	C	Nesse contexto, a preposição poderia ser substituída por outras, tais como: ‘ <i>devido a</i> ’, ‘ <i>por causa de</i> ’ etc. A preposição é a palavra invariável que atua como conectivo entre palavras ou orações, estabelecendo sempre uma relação de subordinação. Isso significa que, entre os termos ou orações ligadas por uma preposição, haverá uma relação de dependência. Em alguns casos, as preposições não apenas conectam termos da oração, mas também evidenciam diferença de sentido entre as frases.
19	D	O sujeito composto é aquele que apresenta mais de um núcleo nominal (núcleo do sujeito) sem









		preposição: <u>A saúde das tripulações, o meio desenvolvido, a familiaridade com os ambientes.</u> Nas demais alternativas, temos apenas um núcleo.
20	A	O pronome destacado desempenha função de <u>objeto direto</u> , complemento do verbo <u>relacionar</u> , da mesma forma que o complemento do enunciado, que complementa o sentido do verbo <u>ameaçar</u> , sem preposição.
21	D	“As propriedades físicas são as causas principais das limitações das indicações dos cimentos de ionômero de vidro. Esses materiais estariam basicamente contra-indicados para restaurações: classe II com envolvimento de crista marginal, classe IV, com grande perda de esmalte vestibular, em áreas de cúspides, em áreas submetidas a grandes esforços mastigatórios.” (NAVARRO, M. F. L.; PASCOTTO, R. C. Cimentos de ionômero de vidro: aplicações clínicas em odontologia. São Paulo: Artes Médicas, 1998, p. 27).
22	D	“A gengiva vestibular da maxila e a gengiva vestibular e lingual da região de pré-molares inferiores drenam para os nódulos linfáticos submandibulares.” (LINDHE, Jan; KARRING, Thorkild; LANG, Niklaus Peter. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p.41).
23	D	A sequência correta é V – V – V – F . “Independente da cavidade a ser restaurada com o cimento de ionômero de vidro, a forma de contorno deve ser a mais conservadora possível (...),as margens da cavidade devem ser adequadamente regularizadas a fim de evitar fratura marginal, (...)a margem cavo-superficial deve preferencialmente estar localizada fora das zonas que suportam os pontos de contato oclusal direto. Apesar das características adesivas do material, as cavidades devem apresentar retenções mecânicas a fim de evitar o seu deslocamento.” (NAVARRO, M. F. L.; PASCOTTO, R. C. Cimentos de ionômero de vidro: aplicações clínicas em odontologia. São Paulo: Artes Médicas, 1998, p. 59).
24	B	“O condicionamento normalmente é realizado com ácidos fracos como o ácido poliacrílico entre 10 -25% esfregado ativamente sobre as paredes da cavidade com pincel apropriado ou bolinha de algodão durante 10-20 segundos. A cavidade deverá ser em seguida adequadamente lavada e seca com leves jatos de ar ou com papel absorvente com o cuidado de não ressecar a dentina.” (NAVARRO, M. F. L.; PASCOTTO, R. C. Cimentos de ionômero de vidro: aplicações clínicas em odontologia. São Paulo: Artes Médicas, 1998, p. 117).
25	D	Considerando a sequência correta das colunas temos a correlação 3,4,1,2 e1. (WANNMACHER, L.; FERREIRA,M.B.C. Farmacologia clínica para dentistas. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007).
26	B	Penicilinas e cefalosporinas são antibióticos beta-lactâmicos, tendo em comum o núcleo 7-amino-cefalosporânico. Tendo estrutura química similar, caso o paciente apresente alergia ao anel beta-lactâmico desenvolverá reação alérgica aos dois antibióticos. (WANNMACHER, L.; FERREIRA,M.B.C. Farmacologia clínica para dentistas. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007; SONIS, S.T.; FAZIO,R.C.; FANG,L. Princípios e prática de medicina oral. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996,p.428).
27	A	Paracetamol causa maior risco de neutropenia e hepatotoxicidade (evitar co-administração freqüente ou em doses elevadas). (BRASIL. Ministério da Saúde, Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos Infectados pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, p.89).
28	C	A sequência correta é F – V – V – F . A felipressina é de mínimo valor para a hemostasia por contrair mais a circulação venosa do que a arteriolar; a noradrenalina possui aproximadamente 25% da potência de um vasopressor como a adrenalina; a levonordefrina possui 15% da potência vasopressora da adrenalina. (MALAMED, S.F. Manual de Anestesia Local. Ed. Elsevier, 2005,

		416 p.).
29	C	Diagnóstico diferencial entre a doença pulpar e a doença periodontal, conforme pode ser verificado em COHEN, S.; HARGREAVES, K.M. Caminhos da Polpa. Elsevier, 2007, 9ed., p.657.
30	A	<p>“Pacientes imunodeprimidos são altamente suscetíveis a infecções que costumam ocorrer a partir da flora normal endógena. (...) Procedimentos cirúrgicos que normalmente não necessitariam de quimioprofilaxia, como extrações, podem requerer cobertura antimicrobiana nesses pacientes.” (WANNMACHER, L.; FERREIRA, M.B.C. Farmacologia clínica para dentistas. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p.239) .</p> <p>A contagem de linfócitos T-CD4+ estabelece o risco de progressão para aids e morte. Quando ocorre a diminuição na contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 350 células/mm³ podem ocorrer sintomas constitucionais demonstrativos de progressão para aids, com apresentações atípicas das infecções, respostas tardias à antibioticoterapia e reativação de infecções antigas, sinais indicativos de imunodepressão.</p> <p>(BRASIL. Ministério da Saúde, Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos Infectados pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2008).</p>
31	B	“Frequentemente a aparência radiográfica de uma fratura vertical de raiz é o padrão de perda óssea ocorrendo numa radiolucidez em ‘forma de J’, com a perda óssea se originando apicalmente e progredindo coronalmente em um lado da raiz.” (COHEN, S.; HARGREAVES, K.M. Caminhos da Polpa. Elsevier, 2007, 9ed., p. 33).
32	D	“A reabsorção é restrita à área do dano mecânico e não há necessidade de tratamento porque não há sintomatologia. (...) Deve-se esperar e acompanhar para permitir que a cicatrização espontânea ocorra. Portanto, nesses casos, é importante compreender que nos estágios iniciais a radiolucência pode ser seguida por um reparo espontâneo e o tratamento endodôntico não deve ser iniciado.” (COHEN, S.; HARGREAVES, K.M. Caminhos da Polpa. Elsevier, 2007, 9ed., p.630-1).
33	C	Quando a intrusão de dentes decíduos ocorre por palatino, fato que pode ser comprovado radiograficamente através de imagem radiográfica alongada, a possibilidade de dano ao dente permanente não irrompido é grande e a extração do dente decíduo intruído torna-se necessária. (TOLEDO O.A. Odontopediatria: Fundamentos para a prática clínica. São Paulo: Premier, 2005).
34	A	De acordo com a classificação da <i>Food and Drug Administration</i> para Gestação e Lactação disponível em MALAMED, S.F. Manual de Anestesia Local. Ed. Elsevier, 2005, p. 147.
35	C	O risco de transmissão em exposições a outros materiais biológicos que não o sangue é considerado baixo para o vírus da hepatite C, mas existem estudos que comprovam a infectividade da saliva para o vírus da hepatite B. O modo de transmissão da mononucleose é pelo contato com secreções orais, sendo rara a transmissão por via sanguínea ou sexual. Já no caso do vírus HIV ainda não há evidência epidemiológica de transmissão por contato exclusivo com a saliva. (BRASIL, Ministério da Saúde, Manual de Prevenção e Controle de Riscos em Serviços Odontológicos / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006).

36	B	Nódulos de Bohn são alterações semelhantes a pequenas bolas branco-amareladas, localizam-se preferentemente nas porções vestibulares, palatinas ou linguais dos rodets gengivais. Sua origem está relacionada com a inclusão de tecido originário de glândulas mucosas. A conduta preconizada é a preservação. (WALTER, L.R.F.; FERELLE. A.; ISSAO, M. Odontologia para o Bebê: odontopediatria do nascimento aos 3 anos. São Paulo: Artes Médicas, 1997).
37	B	A leucoplasia pilosa representa uma infecção oportunista relacionada com a presença do vírus Epstein-Barr e é encontrada quase exclusivamente em indivíduos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana. Não há um tratamento específico para a leucoplasia pilosa. (REGEZI, J. Patologia bucal: correlações clinicopatológicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan., 2000, p.87-8).
38	D	A superfície rugosa do cálculo por si só não é capaz de desencadear a gengivite. O efeito do cálculo na doença periodontal parece ser secundário por fornecer uma superfície ideal para maior acúmulo de placa e subsequente mineralização. É o fator retentivo de placa mais importante e que deve ser removido para alcançarmos um tratamento periodontal adequado e possibilitarmos a execução de atividades profiláticas. Já em relação aos implantes de titânio, a união do cálculo às superfícies de titânio comercialmente puro se dá em menor grau do que com as estruturas das superfícies radiculares. Isso significa que o cálculo pode ser removido das superfícies dos implantes sem prejuízo das mesmas. (LINDHE, J. Tratado de Periodontia clínica e implantologia oral. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005, p.100-2).
39	D	A sondagem na dentição mista e em dentes que não foram totalmente erupcionados pode não ser possível, utiliza-se, então, a medição entre a crista alveolar e a junção cimento-esmalte através de radiografias interproximais. As distâncias entre a junção cimento-esmalte e o nível da margem óssea consideradas normais para a idade de 7-9 anos são as menores que 2 mm. (LINDHE, J. Tratado de Periodontia clínica e implantologia oral. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005, p.215, 221).
40	A	“Embora alguns autores recomendem apenas tratamento mecânico, incluindo drenagem cirúrgica através da bolsa, ou raspagem e alisamento radicular e compressão e debridamento da parede de tecido mole, este tratamento puramente mecânico pode causar danos irreversíveis ao tecido periodontal sadio adjacente à lesão. (...) Para evitar dano ao tecido periodontal sadio recomenda-se a administração antibiótica sistêmica como tratamento inicial e único nos abscessos com acentuada tumefação, tensão e dor. Em tais situações, uma vez que a condição aguda retroceda, realiza-se debridamento mecânico, incluindo alisamento radicular.” (LINDHE, J. Tratado de Periodontia clínica e implantologia oral. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005, p.259-260).
41	D	Confirma-se a resposta através do trecho a seguir: “Dentina secundária: é a que se forma devido aos estímulos de baixa intensidade, decorrente de função biológica normal, durante a vida clínica do dente. (...) Terciária: (reparadora) desenvolve-se quando existem irritações pulpares mais intensas, como cárie, preparo cavitário, erosão, abrasão, irritações mecânicas, térmicas, químicas, elétricas, entre outras. (...) Em cortes histológicos ou radiograficamente demonstrados, esta dentina distingue-se por modificar o perfil da câmara pulpar, nas regiões em que a polpa se retrai para compensar a espessura da estrutura mineralizada perdida na superfície.” Mondelli, J. 1998. Páginas 11 e 12.
42	C	Confirma-se a resposta através do trecho a seguir: “Os odontoblastos são células do tecido pulpar altamente diferenciadas. Deles é a responsabilidade de produzir dentina desde o início da formação do dente até a degeneração e o desaparecimento da polpa.” Mondelli, 1998, página 13

43	A	<p>A sequência correta é F – V – V – V.</p> <p>Afirmiação 1- Falsa: “Mesmo para as ligas com alto conteúdo de cobre os vernizes devem ser usados, porque essas ligas são passíveis de sofrerem corrosão.” (Mondelli, 1998, pg 172).</p> <p>Afirmiação 2- Verdadeira: “ Somente quando a indicação de proteção do complexo dentinopulpar recair para os cimentos ionoméricos (2ª opção) é que a limpeza e condicionamento poderão ser executados com ácido poliacrílico a 12%, por quinze segundos.” (Mondelli, 1998, pg 176).</p> <p>Afirmiação 3- Verdadeira: “...quando a parede de fundo axial ou pulpar após remoção da dentina cariada apresentar uma concavidade, poderá ser simultaneamente forrada e reconstituída com o próprio agente forrador.” (Mondelli, 1998, pg 177).</p> <p>Afirmiação 4- Verdadeira: “Assim, os cimentos de hidróxido de cálcio auto ou fotoativados além de suas vantagens biológicas possuem propriedades físicas e mecânicas para funcionar como base única nas duas condições de proteção (forrador e base protetora).” (Mondelli, 1998, pg 177).</p>
44	D	<p>Sequência correta é V – F – F – F.</p> <p>VERDADEIRA: A durabilidade do tratamento restaurador está relacionada com a atividade da doença cárie no paciente, habilidade profissional, propriedades do material restaurador, bem como com o número de faces do dente envolvidas, conforme KRIGER, 2003, pg 71.</p> <p>FALSA: “o uso da sonda exploradora como auxiliar de diagnóstico das superfícies com lesão inicial tem sido questionado... quando utilizada com pressão pode provocar cavitação.”, conforme KRIGER, 2003, pg 72.</p> <p>FALSA: “ ... somente 24% das lesões de cárie eram detectadas através de sondagem (baixa sensibilidade), ...”, conforme KRIGER, 2003,pg 79.</p> <p>FALSA: “ O exame visual apresenta boa especificidade (a maioria dos casos detectados são realmente lesões de cárie), entretanto, tem baixa sensibilidade (não diagnostica muitas lesões. Já a radiografia adicionada ao exame visual aumenta a sensibilidade do método”, conforme KRIGER, 2003, pg 82.</p>
45	D	<p>Segundo KRIGER, 2003, pg 94,</p> <p>“O dentifrício fluoretado é alternativa mais simples, econômica, racional, realizada pelo indivíduo e está relacionada a uma melhor remoção da placa.”</p>
46	C	<p>Segundo KRIGER, 2003, pg 101: “ ... entende-se que superfícies proximais não devem receber esse tipo de tratamento a não ser que o dente vizinho esteja ausente.” Esta frase torna a alternativa C uma contra-indicação do tratamento não restaurador.</p>
47	C	<p>Segundo KRIGER, 2003, pg 109:</p> <p>Indicadores de risco:</p> <p>Fatores socioeconômicos: economia desfavorável com sub emprego, moradia precária, baixo nível educacional individual e dos pais, falta de acesso regular ao cirurgião dentista podem gerar maior risco ao desenvolvimento de lesões cariosas.</p> <p>Fatores relacionados à saúde geral que podem aumentar o risco de cárie, como por exemplo: doenças gerais, deficiências físicas, e senilidade são fatores que podem alterar o fluxo de secreção salivar ou a qualidade da higienização.</p> <p>Fatores epidemiológicos: podem evidenciar um comportamento direcionado à doença ou uma falta de política de saúde pública. Podemos citar como exemplo: população ou família com alto CPOD, alta experiência passada de lesões cariosas cavitadas ou restaurações recentes.</p> <p>Fatores clínicos: Manchas brancas ativas, elementos dentários recém-erupcionados, fissuras profundas ou áreas retentivas, e raízes expostas.</p>
48	B	<p>“EGM são transmitidos de um ser humano ao outro da mesma forma que outros microorganismos que produzem outras doenças infecciosas...uma vez que é em potencial um</p>

		<p>produtor de ácidos...” (KRIGER, 2003, pg 115, linhas 7 e 16)</p> <p>“- a capacidade tampão da saliva também é uma condição endógena, revela a defesa individual em modificar seu pH ao ponto da neutralidade.” (KRIGER, 2003, pg 113, linhas 2 a 4)</p> <p>KRIGER, 2003, pg 112: Uso dos testes salivares em odontologia: linha 5 “pontuam a presença de um alto consumo de sacarose; se não houverem sítios de retenção, avaliam o nível de EGM...”)</p> <p>KRIGER, 2003, pg 114, linha 2 “... por ser um grupo microbiológico perpetuador das condições favoráveis à ocorrências de desmineralizações do esmalte dentário.”</p> <p>linha 4: “Os lactobacilossão sempre encontrados em sítios de retenção (cavidades cariosas....)</p>
49	B	<p>Segundo KRIGER, 2003.pg 319, linha 36 e seguintes: “ uma análise do benefício do uso dos selantes exige que se comparem os índices de cáries em dentes com selantes com o de cáries em dentes não selados, percebendo-se que o declínio nas cáries oclusais afeta o benefício conseguido pelo selante. À proporção ...”</p>
50	A	<p>A cárie de esmalte, no sentido da superfície para a dentina, apresenta as seguintes características, antes de formar cavidade:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) camada superficial: permeável à entrada dos produtos bacterianos, especialmente os ácidos, em decorrência das inúmeras irregularidades do esmalte, estabelecidas durante a sua deposição e mineralização. 2) corpo da lesão, com 10 a 25% do seu volume constituído por microporos, localizada na subsuperfície, a desmineralização faz-se mais aceleradamente, os cristais solubilizam-se e a porosidade aumenta significativamente. 3) zona escura, com 2 a 4% de seu volume constituído por microporos, localiza-se na periferia imediata do corpo da lesão. Os microporos encontram-se temporariamente “ocupados” por minerais e compostos livres originários da zona translúcida. 4) zona translúcida, com 1% do seu volume ocupado por microporos, localiza-se perifericamente à zona escura. <p>(Consolaro,1996, pgs 03 e 04.)</p>
51	A	<p>Temos a seguinte sequência 3, 4, 1, 2, 6 e 5, conforme Consolaro, 1996, pg 06 e 07.</p>
52	A	<p>A sequência correta é V – F – V – F.</p> <p>Verdadeira: A esclerose dentinária, é necessariamente, o primeiro aspecto microscópico que se estabelece na cárie de dentina, segundo Consolaro, 1996, pg21, linha 5.</p> <p>Falsa: “Dentina infectada: caracterizada por uma consistência mole e de cor amarelada...Nesta dentina, podemos distinguir uma zona de dentina necrótica, desorganizada e amolecida, muito embora algumas estruturas canaliculares possam estar preservadas”, segundo Consolaro, 1996, pg 23.</p> <p>Verdadeira: “Na dentina contaminada podem distinguir-se, da superfície para a polpa, três regiões: uma zona de dentina desmineralizada profunda, localizada abaixo da zona de desmineralização mais superficial; uma de esclerose dentinária e frequentemente a dentina reaional, que juntas constituem a zona de dentina hipermineralizada.”, segundo Consolaro, pg, 24.</p> <p>Falsa: “Na zona de dentina desmineralizada profunda a matriz canicular encontra-se preservada e intacta, NÃO apresentando focos de liquefação transversais e as alterações do tipo varicosidades são mínimas”, segundo Consolaro, pg 24.</p>
53	B	<p>Segundo o Código de Ética Odontológica, constituem infrações éticas:</p> <p>Capítulo V, seção I, Art 7, § III. Exagerar em diagnóstico, prognóstico ou terapêutica; (alternativa A)</p> <p>Capítulo VII, Dos honorários profissionais: Art. 12, § I. oferecer serviços gratuitos a quem possa remunerá-los adequadamente. (alternativa B – correta, portanto, cobrar consulta não é infração ética)</p> <p>Capítulo V, seção II, Art. 9º, § II. Assumir emprego ou função sucedendo o profissional demitido ou afastado em represália por atitude de defesa de movimento legítimo da categoria...</p>

		Capítulo IV, Art. 7º, § III. Acumular as funções de perito/auditor e executor de procedimentos terapêuticos odontológicos na mesma entidade prestadora de serviços odontológicos.
54	B	<p>“A ausência do gama2 é responsável pelas propriedades mecânicas superiores do amálgama com alto teor de cobre.” “ os amálgamas com alto teor de cobre, atualmente encontrados, têm eliminado o produto gama2, e isso aumentou a resistência à corrosão e à fratura de margens do amálgama na boca.”</p> <p>Segundo CRAIG, R.G.; POWERS,J.M. Materiais dentários restauradores. São Paulo: Santos 2004.</p>
55	A	<p>O creep é uma propriedade viscoelástica que descreve a alteração dimensional gradual que ocorre quando o material é sujeito a forças de estresse e de cargas.</p> <p>O manchamento é o fenômeno de superfície que pode resultar na descoloração da restauração.</p> <p>A expansão pode resultar em sensibilidade pós-inserção ou protrusão da cavidade, enquanto que a contração deixa fendas passíveis de infiltrações entre a restauração e o dente.</p> <p>A corrosão resulta das reações químicas que penetram no corpo do amálgama. Apesar do manchamento não ser desejável esteticamente, ela não destruirá a restauração. A corrosão, por outro lado, irá eventualmente levar à falha da restauração.</p> <p>Segundo CRAIG, R.G.; POWERS,J.M. Materiais dentários restauradores. São Paulo: Santos 2004. Cap.V, Amálgam Dentário.</p>
56	B	<p style="text-align: center;">ARTIGO SUJO  EXPOSIÇÃO AO AGENTE DE LIMPEZA  ENXÁGUE  SECAGEM  BARREIRA FÍSICA (GUICHÊ OU SIMILAR)  INSPEÇÃO VISUAL  PREPARO E EMBALAGEM  DESINFECÇÃO /ESTERILIZAÇÃO  ARMAZENAMENTO</p> <p>Segundo BRASIL, Ministério da Saúde, Manual de Prevenção e Controle de Riscos em Serviços Odontológicos / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. CapítuloVIII.</p>
57	C	<p>“A obrigatoriedade do uso de dosímetro individual pode ser dispensada, a critério da autoridade sanitária local e mediante ato normativo, para os serviços odontológicos com equipamento periapical e carga de trabalho máxima inferior a 4mA/min por semana (ou seja, em números aproximados, que realizam menos do que 24 radiografias por semana)” (BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Prevenção e Controle de Riscos em Serviços Odontológicos / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p.133).</p>
58	C	<p>Líquen plano, segundo REGEZI, J. Patologia bucal: correlações clinicopatológicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan., 2000, CAPÍTULO 3, pg. 84, 90, 92 e 97.</p>
59	C	<p>A sequência correta é V – F – V – F. Os pacientes submetidos à radiação de tumores relacionados anatomicamente com a mandíbula desenvolvem frequência cinco vezes mais elevada do que os pacientes com tumores em outras localizações. A osteorradionecrose da maxila é rara. (...) “Pacientes desdentados que usam prótese também podem desenvolver seqüelas graves da</p>

		radioterapia. Como a osteorradionecrose das áreas irritadas de apoio de próteses pode ocorrer, é fundamental assegurar a adaptação atraumática das próteses existentes.” (...) “Se possível as extrações devem ser adiadas até depois de um ano da radioterapia.” (...) Recomenda-se um período mínimo de duas semanas após as extrações dentárias para iniciar a radioterapia. (SONIS, S.T.; FAZIO,R.C.; FANG,L. Princípios e prática de medicina oral. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996p. 345-6).
60	A	<p>Segundo REGEZI, J. Patologia bucal: correlações clinicopatológicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan., 2000. Capítulo 11, pg 292, pg 302.</p> <p>Tumor odontogênico adenomatóide: apresenta estruturas ductiformes ou semelhantes à glândulas. A maioria das lesões surge na porção anterior dos maxilares. Radiograficamente unilocular e bem delimitada, ao redor de uma coroa de um dente retido.</p> <p>Fibroma odontogênico central: lesão rara, resulta numa lesão radiotransparente, usualmente unilocular, recorrência rara.</p> <p>Tumor epitelial odontogênico calcificante: lesões associadas com dentes impactados. Pequenas loculações tem estimulado o uso do termo favo de mel, podendo ser totalmente radiotransparente ou ter focos opacos.</p> <p>Cementoblastoma: lesão opaca que substitui a raiz do dente, estando geralmente circundada por um anel radiotransparente.</p> <p>Fibroma cementificante: pode aparecer radiotransparente, com focos opacos ou difusamente opaco na radiografia, histologicamente o cimento é identificado com como glóbulos ou linhas ovaladas de material calcificado.</p> <p>Odontoma: podem aparecer como miniaturas numerosas ou dentes rudimentares ou ainda como conglomerados amorfos de tecido duro. Histologicamente identifica-se esmalte, dentina, cimento e polpa de aparência normal nas lesões.</p>