POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL

CONCURSO PÚBLICO
PRIMEIRA FASE

Admissão ao Estágio de Adaptação de Oficiais (EAO/PM) para o Quadro de Oficiais Policiais Militares de Saúde (QOPMS)

ESPECIALIDADE 16
ODONTOPEDIATRIA

Caderno P

Aplicação: 11/3/2007

LEIA COM ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES ABAIXO.

1 **Ao receber este caderno, confira atentamente se o tipo de caderno — Caderno P — coincide com o que está registrado em sua folha de respostas. Em seguida, verifique se ele contém cento e vinte itens, correspondentes às provas objetivas, corretamente ordenados de 1 a 120.**

2 Caso o caderno esteja incompleto ou tenha qualquer defeito, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis.

3 Recomenda-se não marcar ao acaso: cada item cuja resposta divirja do gabarito oficial definitivo receberá pontuação negativa, conforme consta em edital.

4 Não utilize lápis, lapiseira, borracha e(ou) qualquer material de consulta que não seja fornecido pelo CESPE/UnB.

5 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização do chefe de sala.

6 A duração das provas é de **três horas e trinta minutos**, já incluído o tempo destinado à identificação — que será feita no decorrer das provas — e ao preenchimento da folha de respostas.

7 Você deverá permanecer obrigatoriamente em sala por, no mínimo, uma hora após o início das provas e poderá levar o seu caderno de provas somente no decurso dos últimos **quinze minutos** anteriores ao horário determinado para o término das provas.

8 Ao terminar as provas, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas e deixe o local de provas.

9 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes no presente caderno ou na folha de respostas poderá implicar a anulação das suas provas.

AGENDA (Datas Prováveis)

I **13/3/2007**, após as 19 h (horário de Brasília) – Gabaritos oficiais preliminares das provas objetivas: Internet — www.cespe.unb.br/concursos/eaopms2006.

II **14** a **16, 19** e **20/3/2007** – Recursos (provas objetivas): no Sistema Eletrônico de Interposição de Recurso, Internet (veja item I), mediante instruções e formulários que estarão disponíveis nesse endereço, ou na Central de Atendimento do CESPE/UnB, no *Campus* Universitário Darcy Ribeiro, ICC, ala norte, mezanino, no horário de funcionamento deste Centro.

III **20/4/2007** – Resultado final das provas objetivas e convocação para a prova de títulos e análise de *curriculum vitae* (segunda fase da seleção): Diário Oficial do Distrito Federal e Internet (veja item I).

OBSERVAÇÕES

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o item 12 do Edital n.º 021/2006 – DP/PMDF, de 25/10/2006.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet — www.cespe.unb.br/concursos/eaopms2006.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

CESPE UnB
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Os conhecimentos acumulados nas últimas décadas permitiram compreender melhor os mecanismos envolvidos no desenvolvimento da doença cárie e no aparecimento de lesões cariosas. Com relação a esses conhecimentos, julgue os itens a seguir.

51 As lesões de cárie desenvolvem-se nos locais onde os depósitos bacterianos formam biofilmes, que não são, freqüentemente, removidos ou desorganizados por forças mecânicas.

52 O desenvolvimento das lesões cariosas é resultante da interação entre dois fatores mutuamente dependentes: o esmalte (fator genético) e o ambiente externo (fator ambiental; a composição salivar pode ser geneticamente determinada de forma parcial). Assim, teoricamente, ambos os aspectos eventualmente determinam o desenvolvimento da lesão ou a resistência à cárie. Do ponto de vista prático, no que diz respeito ao controle da doença, a possibilidade de interferência se dá em relação aos fatores ambientais.

53 Estudos demonstram que a exposição dentária a placa bacteriana inalterada por quatro semanas leva ao aparecimento de lesões ativas em esmalte, apresentando uma característica superficial calcária que lembra o giz, chamada mancha branca.

54 No caso de um desafio cariogênico alto e constante, haverá dissolução gradual do esmalte subsuperficial dos dentes. Essa será mais pronunciada profundamente no interior do esmalte que na superfície, difundindo-se por entre o esmalte e seguindo a direção dos prismas.

55 O controle da lesão cariosa *in vivo* independe da remoção do biofilme cariogênico.

Os vasoconstritores são drogas que controlam a perfusão tecidual e são adicionadas às soluções anestésicas locais para equilibrar as ações vasodilatadoras dos anestésicos locais. Acerca dessas substâncias, julgue os itens que se seguem.

56 A adrenalina é o vasoconstritor mais potente disponível para uso em odontologia, no entanto seu uso é restrito devido ao grande risco de efeitos colaterais.

57 As manifestações clínicas da superdosagem de adrenalina estão relacionadas com a estimulação do SNC e incluem aumento do temor e ansiedade, tensão, agitação, cefaléia pulsátil, tremor, fraqueza, tontura, palidez, dificuldade respiratória e palpitação.

58 O anestésico local coexiste em duas formas: base livre, lipossolúvel, e em forma protonada. Nos tecidos inflamados onde o pH é ácido, predomina a forma livre, que não se difunde através da membrana do neurônio. Por essa razão, a anestesia local não se instala em regiões inflamadas.

59 A função dos anestésicos locais é bloquear o fluxo de potássio para dentro do nervo, impedindo a gênese e a propagação dos potenciais de ação.

60 Os anestésicos locais do tipo amida são hidrolisados por enzimas microssômicas hepáticas, e os do tipo éster, pelas colinesterases plasmáticas. Em conseqüência, os primeiros apresentam duração de efeito maior que os últimos.

61 A anestesia do ligamento periodontal está indicada em dentes com rizogênese incompleta e em pacientes com suscetibilidade a endocardite bacteriana.

As situações clínicas enfrentadas no dia-a-dia do atendimento clínico são bastante diversas, no entanto alguns parâmetros norteiam a atenção à saúde bucal. Acerca desse assunto, julgue os próximos itens.

62 A aplicação tópica de flúor profissional deve ser rotineira, na forma de gel ou de verniz, em todos os retornos dos pacientes para a prevenção da doença cárie dentária.

63 A escolha do material restaurador, no tratamento dentário, é uma decisão do paciente, pois os materiais restauradores têm a mesma vida média.

64 A cor natural dos dentes varia em padrões já conhecidos. Quando se faz um clareamento externo em dentes que não apresentam nenhuma causa externa para a mudança de cor, ou seja, apenas uma variação da normalidade, provavelmente a tendência seja o retorno ao padrão original de cor dos dentes após algum tempo, portanto esse procedimento deve ser corretamente avaliado antes da sua indicação.

65 Pacientes geriátricos têm, com freqüência, lesões de cárie da classe V de Black associadas a retrações gengivais, a dificuldades motoras para adequada higienização e a uso de medicamentos que alteram as condições da microbiota bucal. Quando há necessidade de terapia restauradora, um dos materiais de escolha é o cimento ionomérico.

66 Mesmo com a utilização de medidas terapêuticas para o controle da doença cárie, tais como controle de placa bacteriana, orientação dietética e uso racional de fluoretos, pode levar meses ou anos até a atividade da doença ser considerada sob controle.

Acerca da radiologia odontológica, julgue os itens subseqüentes.

67 A forma e a extensão da lesão de cárie influenciam na aparência radiográfica. Uma lesão superficial com grande extensão ao longo da superfície proximal pode ser visualizada, em direção aos raios X, como mais profunda e escura que uma lesão menor, embora esta, na verdade, seja mais profunda.

68 Além das medidas habituais, como o uso de protetor de tireóide, o uso de colimador retangular limita a área do feixe de raios X e reduz em mais de 50% a exposição do paciente à radiação; entretanto esse procedimento piora a qualidade da imagem pela redução da difusão do feixe de raios X.

69 Na radiologia odontológica, a utilização de filme mais rápido, ou seja, do tipo E (*ektaspeed*), propicia redução adicional na dose da radiação.

Com referência às lesões traumáticas dos dentes, que constituem parte das urgências na clínica odontológica, julgue os itens a seguir.

70 No atendimento imediato de casos de avulsão dentária de dente permanente, a melhor conduta é o reimplante seguido de terapia endodôntica imediata.

71 Em casos de fratura coronária que envolva metade da coroa, mesmo que não haja perda de substância no fragmento, a colagem não está indicada, devido à extensão da fratura.

72 O tratamento de dentes permanentes *extruídos* de paciente atendido logo após o trauma consiste no reposicionamento cuidadoso, seguido de contenção rígida.

73 A imobilização dos dentes com fraturas radiculares é alcançada com uma contenção flexível, como, por exemplo, uma contenção com condicionamento ácido/resina composta.

74 Entre os fatores predisponentes ao traumatismo dentário, incluem-se a protusão dos incisivos superiores e a falta de selamento labial.

Com relação aos materiais restauradores e protetores, bem como às suas indicações e técnicas restauradoras, julgue os seguintes itens.

75 Quando a proteção pulpar tem como objetivo o isolamento térmico, pode ser indicado cimento de hidróxido de cálcio ou cimento de ionômero de vidro.

76 O mecanismo de adesão dos cimentos ionoméricos envolve a quelação dos grupos carboxílicos dos poliácidos com o cálcio existente na apatita do esmalte e da dentina. A união é sempre maior na dentina que no esmalte.

77 A aplicação de ácido poliacrílico a 10% na superfície a ser restaurada com cimento ionomérico, antes da inserção do material restaurador, tem como finalidade remover-se a lama dentinária produzida durante o preparo cavitário, deixando, porém, tampões de colágeno nos túbulos dentinários.

78 Com a finalidade de redução das possibilidades de utilização incorreta dos sistemas adesivos, houve, recentemente, um movimento para simplificação dos passos operatórios, de 3 para 2, ou mesmo para 1 passo. No entanto, vem-se observando que o sistema de três passos — ácido, *primer* e adesivo separados — tem obtido melhor desempenho tanto nos testes clínicos quanto nos laboratoriais.

79 Os dentes pré-molares, quando submetidos ao tratamento endodôntico, geralmente perdem grande parte da sua estrutura dentinária. Por essa razão, a técnica restauradora, nesses casos, deve ser, preferencialmente, adesiva, com o objetivo de unir as estruturas remanescentes, diminuindo-se o risco de fratura coronária.

80 Uma das razões pela qual o cimento ionomérico tem sido preconizado como material de escolha para núcleo de preenchimento nos dentes, vitais ou desvitalizados, com grande perda de estrutura dentinária, é o seu coeficiente de expansão térmica, que se aproxima daquele da dentina, além das propriedades anticariogênicas e adesivas desse material.

81 Deve-se evitar colocar uma restauração de amálgama em contato com uma restauração de ouro, porque pode haver corrosão do amálgama em conseqüência das grandes diferenças de força eletromotriz dos dois materiais, sendo também esperados efeitos biológicos, como o galvanismo. Entretanto, se for utilizada uma liga para amálgama com alto conteúdo de cobre, esses fenômenos não ocorrerão.

82 A grande vantagem das ligas para amálgama com alto conteúdo de cobre é a redução da fase gama 2, mesmo quando a proporção entre liga e mercúrio está elevada.

83 De modo geral, para pacientes com bruxismo, a restauração de resina composta da classe II de Black pode ser indicada.

84 Uma das grandes vantagens das restaurações de resina composta é a possibilidade de reparo. Uma restauração que tenha acabado de ser polimerizada e polida pode ainda ter grande quantidade de substâncias do grupo metacrilato que não reagiu e que pode ser copolimerizada com o novo material adicionado. Isso explica as diferenças, quanto à adesão, entre o reparo feito imediatamente após uma restauração e o reparo de uma restauração com algum tempo de permanência na boca.

Conforme o art. 196 da Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. À luz desse artigo da Constituição Federal e acerca das políticas de saúde pública vigentes no país, julgue os itens que se subseguem.

85 O custeio das ações de saúde é de responsabilidade exclusiva do governo federal, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.

86 A Política Nacional de Saúde Bucal apresenta como principais linhas de ação a viabilização da adição de flúor a estações de tratamento de água de abastecimento público e a reorganização da atenção básica, especialmente por meio da estratégia de saúde da família, e da atenção especializada pelos centros de especialidades odontológicas e laboratórios regionais de próteses dentárias.

87 São atribuições da equipe de saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família: transmitir informações acerca da cavidade bucal, sua forma e funções, dos métodos de prevenção de doenças bucais, higienização e autocuidado; treinar visitas domiciliares; identificar indivíduos e famílias de risco; promover educação em saúde bucal.

Entre as possíveis complicações sistêmicas no atendimento odontológico ou pós-tratamento, estão as reações alérgicas. Julgue os itens abaixo, acerca desse tema.

88 A hipersensibilidade aos anestésicos locais do tipo amida, como, por exemplo: procaína, propoxicaína, benzocaína, tetracaína e substâncias relacionadas, como penicilina G procaína e procainamida, é muito mais freqüente.

89 A alergia a um anestésico local do tipo éster não contra-indica o uso de outros ésteres, pois não ocorre a reação alérgica cruzada, que, no entanto, ocorre nos processos alérgicos aos anestésicos locais do tipo amida. Por essa razão, todos os anestésicos locais do tipo amida são contra-indicados em pacientes com história prévia de alergia aos mesmos.

90 As respostas alérgicas aos anestésicos locais incluem dermatites, broncoespasmos e anafilaxia sistêmica.

Muitos dos traumatismos dentários ocorrem na infância e provocam estresse à criança e aos pais, por isso é importante que o odontopediatra e o pessoal auxiliar estejam preparados para um correto diagnóstico e pronto-atendimento. Acerca dos traumatismos na dentição decídua, julgue os itens a seguir.

91 O reimplante do dente decíduo avulsionado é contra-indicado porque há risco de necrose pulpar e o coágulo pode ser forçado na área do folículo, provocando injúria ao germe do dente permanente.

92 A extração de um dente decíduo intruído deve ser realizada com alavancas, para se evitar a possibilidade de novo trauma à dentição em desenvolvimento.

93 Na dentição decídua, o tipo de traumatismo mais freqüente é a luxação, enquanto, na permanente, é a fratura coronária complicada.

94 A presença de sangramento em gengiva não-dilacerada indica que o trauma provocou danos aos tecidos periodontais.

95 Na luxação intrusiva com deslocamento apicovestibular, o dente traumatizado parece, em radiografias, mais alongado que seu contralateral, sendo o feixe central orientado à linha média dos incisivos a serem comparados.

96 Nos casos de fraturas radiculares de dentes decíduos, se for feita a opção pela extração, os fragmentos apicais não devem ser removidos.

O plano de tratamento em odontologia deve não apenas enfocar a reabilitação do paciente, mas assegurar-lhe a manutenção de saúde bucal ao longo de sua vida. Em odontopediatria, um planejamento cirúrgico-restaurador e de manutenção preventiva deve levar em conta, além da necessidade individual, a idade, a maturidade e a capacidade de cooperação da criança e dos pais ou responsáveis. Julgue os seguintes itens, relativos às possibilidades de tratamento em crianças.

97 A adequação do meio bucal inclui procedimentos cirúrgicos e endodônticos emergenciais, além de possibilitar o condicionamento do paciente ao tratamento dentário.

98 O odontopediatra deve considerar que a erupção de novos dentes corresponde à chamada janela de infectividade, o que reforça a necessidade de retorno do paciente para manutenção preventiva em um período curto.

99 A associação de resina composta ao cimento ionomérico de vidro resultou em melhor adesão, melhor estética e maior resistência ao desgaste, mas alterou o potencial de liberação e recarregamento de flúor do material.

100 O capeamento pulpar indireto com remoção parcial da dentina cariada é considerado, na atualidade, como alternativa à terapia pulpar em dentes decíduos e permanentes, tanto em situações de capeamento direto quanto de pulpotomia.

A relação entre o odontopediatra e a criança é fundamental na profilaxia do trauma psicológico no tratamento odontológico. Acerca de abordagem psicológica a ser adotada na clínica de odontopediatria, julgue os próximos itens.

101 Para crianças com idade entre 3 e 5 anos, explicações verbais sobre os procedimentos odontológicos a serem realizados reduzem significativamente o medo diante do tratamento.

102 A técnica de mão sobre a boca tem sido recomendada rotineiramente na clínica odontopediátrica no tratamento de crianças agitadas, que choram, gritam e esperneiam para não se deixarem tratar.

103 A contenção física da criança, que exige autorização prévia dos pais ou responsáveis, está indicada para pacientes que não cooperam, por serem imaturos, ou para situações em que a segurança do paciente e(ou) do profissional está sob risco.

A conservação de dentes decíduos com alterações pulpares por cárie ou por trauma é um dos objetivos da odontopediatria. Acerca do tratamento endodôntico em dentes decíduos, julgue os seguintes itens.

104 Na fase inicial de rizólise dentária, a polpa de dente decíduo já apresenta alterações teciduais significativas que influirão na resposta ao tratamento endodôntico.

105 Atualmente, a pulpotomia em dentes decíduos restringe-se às situações de traumatismo com exposição pulpar severa.

106 Estudos morfológicos e histoquímicos do processo de reparo da polpa em animais submetidos à pulpotomia com hidróxido de cálcio evidenciaram, na zona granulosa superficial, aumento progressivo de deposição de compostos de cálcio.

107 A pasta de hidróxido de cálcio P.A. com soro fisiológico é a medicação intracanal de escolha após preparo biomecânico, porque a liberação imediata de íons hidroxila e cálcio pode alterar a superfície das bactérias que não resistem ao pH alcalino do curativo.

108 Em pulpotomia de dentes decíduos, o emprego de formocresol diluído a 1/5 de sua fórmula original, além de permitir recuperação tecidual mais rápida e eficiência igual à da fórmula original, não provoca inflamação nem necrose radicular.

Crianças e adolescentes apresentam grande variedade de condições patológicas bucais. O conhecimento dessas patologias é requisito para o correto diagnóstico e para o tratamento adequado. No que concerne às alterações patológicas e à cirurgia bucal em odontopediatria, julgue os itens subseqüentes.

109 A gengivoestomatite herpética primária, que ocorre precocemente na infância, é provocada pelo herpes-vírus *hominis* (HSV), que tem tropismo pelos tecidos derivados do ectoderma. O HSV é considerado parasita estrito e se multiplica dentro de células vivas e mortas.

110 A ulectomia, ao contrário da ulotomia, é uma técnica indicada para remoção de lesões gengivais e cistos de erupção e para casos de retenções dentárias intra-ósseas.

111 A hipofosfatasia é uma doença genética caracterizada pela deficiência de fosfatase alcalina, aumento da excreção uninária de fosfoetanolamina e alterações no ligamento periodontal, o que resulta em perda prematura de dentes decíduos.

112 A periodontite agressiva localizada pode ser observada, mais freqüentemente, ao redor dos primeiros molares e incisivos permanentes sem evidência de inflamação gengival e com mínima quantidade de biofilme dental e cálculo.

113 Os hemangiomas são tumores raros na infância, mais prevalentes no gênero masculino. Podem ser do tipo superficial ou profundo, com consistência firme e elástica à palpação e coloração que varia de vermelho vivo a azulada.

114 A angina de Ludwig é uma celulite agressiva que progride rapidamente no assoalho da boca, provocada por infecção periapical aguda do primeiro molar inferior, na maioria dos casos, e que deve ser tratada em ambiente hospitalar.

115 Os ceratocistos odontogênicos apresentam área radiolúcida bem definida, com margens regulares e freqüentemente corticadas. Acredita-se que os cistos odontogênicos originam-se a partir da lâmina dentária e, em 25% a 40% dos casos, um dente incluso está envolvido na lesão. O aspecto radiográfico também pode sugerir diagnóstico de cisto dentígero.

O conhecimento dos aspectos básicos do desenvolvimento e crescimento humano é fundamental para a formação integral do odontopediatra. Acerca desse assunto, julgue os itens a seguir.

116 A cabeça do recém-nascido possui 45 ossos. No adulto, com o fechamento das suturas, a cabeça possuirá 22 ossos: 8 cranianos e 14 faciais. Até os três anos de idade, o primeiro grande surto de crescimento craniofacial estará completo.

117 As fases do desenvolvimento dentário incluem lâmina vestibular, botão, capuz, campânula, campânula tardia e formação radicular.

118 A formação da maxila e da mandíbula, na sua totalidade, resulta do processo de ossificação intramembranosa.

119 O palato forma-se a partir dos palatos primário e secundário. A palatogênese inicia-se no fim da quinta semana de gestação e é finalizada na décima segunda semana. Malformações congênitas do palato decorrem da ausência de fusão das massas celulares epiteliais dos processos palatinos.

120 Segundo Enlow, o processo de deglutição em bebês, antes da erupção dos dentes, ocorre, geralmente, da seguinte maneira: os maxilares permanecem separados, com a língua entre os rodetes gengivais; a mandíbula é estabilizada pela contração dos músculos inervados pelo VII par craniano; e a deglutição é guiada e controlada por alterações sensoriais na língua e nos lábios.