

## CONHECIMENTOS ESPECIALIZADOS

**31)** A fotopolimerização das resinas compostas representa uma etapa de fundamental importância na obtenção de restaurações com propriedade mecânica e longevidade satisfatórias. Nesse sentido, o produto da intensidade de luz e do tempo de exposição pode garantir uma boa polimerização, sendo conhecido como

- a) ponto gel.
- b) comprimento de onda.
- c) método de fotoativação.
- d) **energia de polimerização.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Para que os compósitos fotoativados sejam polimerizados de forma adequada, é necessário que a unidade de fotoativação ofereça intensidade de luz suficiente. Entretanto, deve-se ter em mente que a intensidade de luz, por si só, não garante a boa polimerização do material restaurador. Assim, deve ser levada em consideração a energia disponível para polimerização, resultante do produto entre a intensidade de luz e o tempo de ação desta.

Fonte: BARATIERI, L. N. *et al.* Odontologia Restauradora: Fundamentos e Técnicas. Vol. 1. São Paulo: Santos, 2010.

**32)** Sabendo-se da importância do conhecimento do desenho cavitário no potencial de geração de estresse (tensão) de contração de polimerização, qual o conceito utilizado, e como este pode ser calculado, nas restaurações com resinas compostas?

- a) Fator de configuração cavitária (Fator C), número de paredes livres / número de paredes aderidas.
- b) **Fator de configuração cavitária (Fator C), número de paredes aderidas / número de paredes livres.**
- c) Fator de contração de polimerização (Fator C), número de paredes aderidas / número de paredes livres.
- d) Fator de contração de polimerização (Fator C), número de paredes circundantes / número de paredes de fundo.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

O conceito do fator de configuração cavitária (Fator C) é definido como a razão entre o número de paredes aderidas pelo compósito e o número de paredes livres (não aderidas) em um determinado preparo cavitário. Quanto maior o valor do Fator C, maior a probabilidade de geração do chamado estresse ou tensão de contração de polimerização, o que concorre para o comprometimento da longevidade clínica do procedimento restaurador.

Fontes:

- BARATIERI, L. N. *et al.* Odontologia Restauradora: Fundamentos e Técnicas. Vol. 1. São Paulo: Santos, 2010.
- CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

**33)** Relacione a coluna da direita com a da esquerda. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- |                                                   |                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) Fotoativação uniforme contínua (convencional) | ( ) a intensidade de luz aumenta progressivamente até atingir a emissão máxima, mantida até o fim da exposição.                                                     |
| (2) Fotoativação em passos (gradual)              | ( ) envolve uma rápida ativação em baixa intensidade, seguida de intervalo por alguns minutos e, logo após, uma segunda ativação com intensidade e tempo adequados. |
| (3) Fotoativação em rampa (exponencial)           | ( ) a intensidade de luz é mantida constante, do início ao fim da fotoativação.                                                                                     |
| (4) Fotoativação por pulso tardio                 | ( ) a emissão de luz é realizada em baixa intensidade durante os primeiros segundos, passando à intensidade máxima e nela permanecendo até o final do processo.     |

- a) 4 – 3 – 2 – 1
- b) **3 – 4 – 1 – 2**
- c) 2 – 3 – 4 – 1
- d) 2 – 4 – 1 – 3

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Diversas modificações nas técnicas de fotoativação foram propostas na literatura científica no sentido de modular a magnitude do estresse (tensão) de contração de polimerização. A questão contempla os conceitos das diferentes técnicas empregadas na fotoativação das resinas compostas.

Fonte: BARATIERI, L. N. *et al.* Odontologia Restauradora: Fundamentos e Técnicas. Vol. 1. São Paulo: Santos, 2010.

**34)** Leia o trecho abaixo e, em seguida, assinale a alternativa que preenche correta e respectivamente as lacunas.

Aparelhos fotopolimerizadores do tipo \_\_\_\_\_ não necessitam de filtros para restringir a emissão de luz e nem emitem calor significativo, enquanto que unidades fotoativadoras do tipo \_\_\_\_\_ são de fácil manutenção, embora de vida útil mais curta. Ainda, alternativamente, podem ser utilizadas unidades do tipo \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, caracterizadas pela altíssima intensidade de luz emitida e menor tempo necessário para polimerização.

- a) lâmpada halógena / arco de plasma / LED (diodos emissores de luz) / laser de argônio
- b) arco de plasma / LED (diodos emissores de luz) / laser de argônio / lâmpada halógena
- c) LED (diodos emissores de luz) / lâmpada halógena / arco de plasma / laser de argônio**
- d) laser de argônio / arco de plasma / lâmpada halógena / LED (diodos emissores de luz)

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Os LED's de uso odontológico emitem luz apenas na faixa entre 450 a 490 nm (muito próxima do comprimento de onda ideal para a sensibilização do agente fotossensível presente nas resinas compostas), o que dispensa o uso de filtros nestes tipos de aparelhos. Assim, são mais eficientes no uso de energia, geram menos calor, além de apresentarem uma durabilidade maior. As lâmpadas halógenas são as unidades fotoativadoras mais comuns de uso e, pela simplicidade desta tecnologia, são de fácil manutenção. Contudo, a vida útil das lâmpadas halógenas é significativamente menor quando comparada aos LED's. Ainda, alternativamente, unidades fotoativadoras como o arco de plasma e o laser de argônio podem ser empregados para fotopolimerização, sendo caracterizados pela altíssima intensidade de luz emitida, bem como pelo reduzido tempo de exposição necessário para a cura das resinas compostas.

Fontes:

- BARATIERI, L. N. *et al.* Odontologia Restauradora: Fundamentos e Técnicas. Vol. 1. São Paulo: Santos, 2010.
- CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

**35)** São indicações adequadas do emprego de resinas compostas diretas em dentes posteriores, respectivamente,

- a) restabelecimento de contato interproximal em dentes com diastemas e restauração de dentes fraturados.**
- b) restaurações de desgastes dentais causados por parafunção (bruxismo) e substituição de restaurações deficientes de amálgama.
- c) restaurações oclusais quando o dente antagonista for portador de restauração cerâmica e restaurações de lesões de cárie em superfícies proximais.
- d) restaurações de lesões cariosas de superfícies livres e restaurações de lesões oclusais amplas com envolvimento de, no máximo, duas cúspides.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Diastemas entre dentes posteriores ocorrem, frequentemente, por perda de um dente e inclinação dos contíguos, reduzindo o espaço entre eles e dificultando a colocação de uma prótese para repor o espaço perdido. Nessas situações, por razões estéticas ou para estabilizar a posição dos dentes inclinados, pode-se restabelecer o contato interproximal de forma conservadora e rápida com emprego de resinas compostas. Ainda, quando dentes posteriores apresentam restaurações antigas não adesivas e amplas, estes podem ser mais susceptíveis à fratura, que, dependendo da extensão e direção, pode ser corrigida com o emprego de resinas compostas.

Fonte: CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

**36)** Acerca do emprego clínico das resinas compostas diretas, assinale a alternativa correta.

- a) Está totalmente contraindicado o emprego de material de base de resina composta para proteção do complexo dentino-pulpar, o qual deve ser realizado, exclusivamente, pela técnica de hibridização com o sistema adesivo.
- b) Dentre as vantagens de utilização das resinas compostas em dentes posteriores, cita-se a característica conservadora do preparo cavitário, limitada ao acesso e à remoção da lesão cariosa, além do reforço da estrutura dental remanescente.**
- c) A técnica restauradora que utiliza a matriz oclusal, quando do uso de compósitos em dentes posteriores, está corretamente indicada quando a lesão cariosa provoca cavitação de pequena ou média profundidade apenas no sulco central, em esmalte, além do tecido dentinário.
- d) As restaurações de dentes posteriores com resina composta representam uma realidade dentro da clínica odontológica atual, em virtude das constantes melhorias no comportamento mecânico e químico dos compósitos. Contudo, uma grande limitação de uso destes materiais indicados para dentes posteriores é a limitada opção de cores, opacidade e translucidez.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Diversas vantagens podem ser atribuídas ao emprego clínico dos materiais restauradores adesivos diretos, representados principalmente pelas resinas compostas. Dentre estas vantagens, a realização de um preparo cavitário bastante conservador, limitado ao acesso e remoção do tecido cariado, sendo este possível pela característica de adesividade do material, o qual dispensa configurações cavitárias geometricamente rígidas para atender princípios de resistência e retenção. Nesse mesmo sentido, a característica de adesividade dos compósitos confere reforço à estrutura dental remanescente, permitindo uma melhor e mais uniforme distribuição das cargas provenientes da função mastigatória.

Fonte: CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

**37)** Em um caso de exposição pulpar acidental durante o preparo cavitário, de mínima amplitude, com o dente sob isolamento absoluto, sem contaminação, livre de cárie, onde é possível restaurar definitivamente com resina composta pela técnica direta, qual a abordagem conservadora mais adequada ao tecido pulpar?

- a) Pulpotomia.
- b) Proteção pulpar direta (capeamento pulpar).**
- c) Hemostasia e hibridização direta do complexo dentino-pulpar com sistema adesivo.
- d) Não há possibilidade de tratamento conservador da polpa, uma vez que o processo inflamatório resultante não permitirá drenagem suficiente para regularizar a pressão intrapulpar.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

A proteção pulpar direta ou capeamento pulpar consiste no uso de um revestimento biológico, geralmente o hidróxido de cálcio, e mais recentemente o MTA, sobre polpas acidentalmente expostas, presumindo-se que a mesma esteja sadia. Ainda que a técnica possa apresentar relação risco-benefício duvidosa, ou até mesmo negativa em certos casos, quando a exposição ocorre inadvertidamente durante o preparo cavitário pelo profissional, desde que cercados de toda a assepsia e tratamentos adequados, existe a possibilidade de recuperação da polpa exposta.

Fonte: CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

**38)** Em relação às resinas compostas restauradoras utilizadas em Odontologia, é correto afirmar que

- a) do ponto de vista óptico, as resinas compostas empregadas para reprodução de dentina são mais saturadas, apresentando maior translucidez pela facilidade com que permitem a passagem de luz.
- b) são compostas por matriz orgânica, partículas de carga inorgânica, agente de união e sistema iniciador-acelerador, sendo as partículas de carga a parte reativa do composto e susceptíveis, por exemplo, à sorção de água.
- c) quanto à classificação de acordo com as características de manipulação, as resinas compostas tipo *flow* são as que apresentam baixa viscosidade e estão indicadas para uso em áreas de difícil acesso, ou mesmo como camada restauradora intermediária, devido ao seu menor módulo de elasticidade.**
- d) quanto ao tamanho das partículas de carga, as resinas compostas de micropartículas são aquelas que apresentam elevados acréscimos de cargas de tamanho reduzido, o que lhes garante uma excelente capacidade de polimento e manutenção de brilho, além de propriedades mecânicas bastante satisfatórias, permitindo seu emprego em áreas sujeitas a esforços mastigatórios.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

As resinas compostas do tipo *flow* (de alta fluidez ou baixa viscosidade) estão indicadas para utilização em áreas de difícil acesso dada a sua elevada capacidade de escoamento, quando comparadas às resinas de consistência regular ou convencional. Ainda, em virtude do seu baixo módulo de elasticidade, podem ser empregadas como uma base intermediária elástica sob os compósitos convencionais durante os procedimentos restauradores.

Fontes:

- BARATIERI, L. N. *et al.* Odontologia Restauradora: Fundamentos e Técnicas. Vol. 1. São Paulo: Santos, 2010.
- CRAIG, R. G.; POWERS, L. M. Materiais Dentários Restauradores. 11ª ed. São Paulo: Santos, 2004.

**39)** Leia o trecho abaixo e, em seguida, assinale a alternativa que preenche correta e respectivamente as lacunas.

As lesões não cáries representam a perda de estrutura dental sem envolvimento bacteriano, denominadas genericamente de desgaste dental. Assim, quando se descreve uma lesão cervical com bordas definidas, em aspecto de cunha, decorrente de \_\_\_\_\_, fala-se de \_\_\_\_\_, ao passo que uma lesão de aspecto arredondado, raso, amplo e de bordas indefinidas, ocasionada \_\_\_\_\_, refere-se à \_\_\_\_\_.

- a) desgaste mecânico / erosão / por trauma oclusal / atrição
- b) ação de ácidos não bacterianos / erosão / por trauma oclusal / abrasão
- c) trauma oclusal / abfração / pela ação de ácidos não bacterianos / erosão**
- d) desgaste mecânico / abrasão / pela ação de ácidos não bacterianos / abfração

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

O termo abfração é utilizado para descrever uma forma especial de defeito, em forma de cunha, na região cervical de um dente. A principal justificativa para tal ocorrência é o resultado de forças oclusais aplicadas excêntrica, levando à flexão dental. De acordo com a teoria da flexão dental, forças parafuncionais em áreas em que ocorrem interferências, principalmente em lateralidade, podem expor um ou mais dentes a fortes pressões tencionais, compressivas, ou de cisalhamento que, focalizadas na junção amelo-cementária, provocam microfaturas no esmalte. A erosão é a perda patológica, localizada e indolor da estrutura dentária pela dissolução por ácidos não bacterianos provenientes de alimentos, bebidas, medicamentos, ou do próprio organismo.

Fonte: CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

**40)** Em relação ao acabamento e polimento das restaurações de amálgama, assinale a afirmativa correta.

- a) O emprego das pontas de borracha abrasiva, em forma de taça e ogival, segue a ordem crescente de granulação, na sequência de cores azul, verde e marrom.
- b) As brocas multilaminadas representam a segunda etapa da técnica de acabamento e polimento das restaurações de amálgama, sendo utilizadas logo após as pontas de borracha abrasiva.
- c) O polimento final das restaurações de amálgama deve ser realizado com escovas de *Robinson* impregnadas de pasta pré-fabricada de polimento, ou pasta composta pela mistura do pó de óxido de zinco com álcool.**
- d) O acabamento e polimento das restaurações de amálgama são facultativos e sua necessidade limitada quando da presença de excessos oclusais, uma vez que a brunidura pós-escultura já garante uma lisura e brilho compatíveis com a exigência clínica.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

O polimento tem como objetivos potencializar a lisura e conferir alto brilho superficial à restauração. Para o amálgama, é realizado com escovas de *Robinson* impregnadas de pasta pré-fabricada de polimento, ou pasta confeccionada pelo próprio profissional, composta pelo pó de óxido de zinco e álcool.

Fonte: BARATIERI, L. N. *et al.* Odontologia Restauradora: Fundamentos e Técnicas. Vol. 2. São Paulo: Santos, 2010.

**41) Sobre o clareamento vital caseiro, é correto afirmar que**

- a) é realizado, exclusivamente, com o peróxido de carbamida em concentrações entre 10 e 22%.
- b) não deve ser considerado como a primeira opção de tratamento clareador, a qual é representada pela técnica de consultório em virtude da maior segurança ao paciente, uma vez que é realizada diretamente pelo cirurgião dentista.
- c) o tempo de uso diário do gel é, no mínimo, de 8 horas ininterruptas (clareamento noturno), visto que as baixas concentrações de peróxido de carbamida não permitem o sucesso do tratamento com tempos menores de aplicação.
- d) a sensibilidade dental pode ocorrer durante o tratamento clareador caseiro, podendo ser controlada com a chamada abordagem passiva, representada pela breve interrupção do tratamento (1 ou 2 dias) ou, ainda, pela administração pelo próprio paciente (sob instrução profissional) de flúor neutro incolor a 2% ou nitrato de potássio.

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)**

A sensibilidade durante o tratamento clareador caseiro é resolvida, na grande maioria dos casos, com a chamada abordagem passiva, que consiste em simplesmente interromper o uso do agente clareador por 1 ou 2 dias. Caso a sintomatologia ainda persista, pode-se adotar a redução do tempo de uso diário do produto, substituição do clareador por outra marca comercial, ou mesmo utilizar na moldeira flúor neutro incolor a 2% ou nitrato de potássio antes e depois do emprego do gel clareador.

**Fontes:**

- CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Restaurações Estéticas: compósitos, cerâmicas e implantes. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

**42) Acerca dos agentes clareadores utilizados em Odontologia, é correto afirmar que**

- a) o peróxido de carbamida, em contato com os tecidos bucais ou com a saliva, se dissocia e se degrada mais lentamente que o peróxido de hidrogênio.
- b) o carbopol, um polímero espessante presente na formulação dos agentes clareadores, traz as vantagens de redução da viscosidade e da estabilidade dos produtos, além de acelerar a liberação de oxigênio.
- c) os agentes clareadores, geralmente peróxidos, apresentam alto peso molecular e, portanto, limitada movimentação através da estrutura dental, o que lhes garante suficiente segurança biológica durante o uso clínico.
- d) o perborato de sódio é frequentemente apresentado sob forma de pó e, em contato com a água, decompõe-se em metaborato de sódio, peróxido de hidrogênio e peróxido de carbamida, estando indicado para clareamento em dentes vitais e não vitais.

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)**

O peróxido de carbamida é comumente apresentado em concentrações de 10 a 22%, e indicado para a técnica caseira em dentes vitais, sendo sua composição baseada na associação de peróxido de hidrogênio e ureia que, em contato com os tecidos bucais ou com a saliva, decompõe-se em oxigênio e água, e amônia e dióxido de carbono, respectivamente. Em virtude da presença do carbopol, além da menor concentração (o peróxido de carbamida a 10% degrada-se em uma concentração de, aproximadamente, 3% de peróxido de hidrogênio), o peróxido de carbamida é considerado mais estável e de degradação mais lenta quando comparado ao peróxido de hidrogênio.

**Fontes:**

- CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Restaurações Estéticas: compósitos, cerâmicas e implantes. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

**43) Leia o trecho abaixo e, em seguida, assinale a alternativa que preenche correta e respectivamente as lacunas.**

O peróxido de carbamida a 10% degrada-se em, aproximadamente, 3% de \_\_\_\_\_ e 7% de \_\_\_\_\_.

- a) oxigênio / amônia
- b) amônia / dióxido de carbono
- c) peróxido de hidrogênio / ureia
- d) dióxido de carbono / peróxido de hidrogênio



#### JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

O peróxido de carbamida a 10%, ao decompor-se no meio bucal, transforma-se em peróxido de hidrogênio a 3% e ureia a 7%, aproximadamente.

#### Fontes:

- CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Restaurações Estéticas: compósitos, cerâmicas e implantes. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

**44)** Considera-se uma grande revolução odontológica a capacidade de unir adesivamente os materiais restauradores aos tecidos dentais. Acerca dos princípios de adesão ao esmalte e dentina, na chamada Era da Odontologia Adesiva, assinale a alternativa correta.

- a) A aplicação do agente adesivo na superfície dentinária, após o condicionamento ácido e lavagem, permite a formação de um elo entre a superfície úmida da dentina condicionada e o *primer*.
- b) Após o condicionamento ácido, a superfície dentinária apresenta-se bastante úmida e com considerável teor orgânico, o que faz com que este substrato apresente baixa energia de superfície e características ideais para interações adesivas de alta qualidade.
- c) Uma adesão satisfatória depende, diretamente, das características superficiais dos substratos. Assim, quanto menor a energia livre do tecido dental e, por conseguinte, maior o ângulo de contato entre o adesivo e este tecido, mais favorável será o processo de adesão.
- d) **No esmalte, o condicionamento ácido tem como principais funções propiciar o aumento na capacidade de molhamento do substrato e a redução da energia livre de superfície, além da criação de microrretenções e, conseqüentemente, aumento da área de contato, favorecendo a adesão.**

#### JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

No esmalte, um tecido ricamente mineralizado, o condicionamento ácido apresenta como principais funções o aumento do molhamento e da energia livre de superfície. Ainda, a desmineralização superficial do esmalte resulta na criação de microrretenções e, conseqüentemente, no aumento da área de contato, sendo estas condições favoráveis para o embricamento mecânico do agente adesivo.

Fonte: BARATIERI, L. N. *et al.* Odontologia Restauradora: Fundamentos e Técnicas. Vol. 1. São Paulo: Santos, 2010.

**45)** Quanto aos sistemas adesivos utilizados em Dentística Restauradora, assinale a alternativa correta.

- a) **Nos sistemas autocondicionantes, a lama dentinária é modificada ou dissolvida parcialmente pela ação do primer ácido e incorporada à camada híbrida pelo agente adesivo (*bond*).**
- b) Atualmente, os agentes de união são classificados de acordo com gerações, as quais correspondem ao período temporal em que estes agentes são introduzidos no mercado odontológico.
- c) Sistemas autocondicionantes são sempre caracterizados como de dois passos clínicos, representados pelo primer ácido (ácido fosfórico – 1º passo) e pelo adesivo hidrofóbico (*Bond* – 2º passo), sendo conhecidos também como *all-in-one*.
- d) Sistemas adesivos convencionais, ou ditos de condicionamento ácido total, são aqueles que removem completamente a lama dentinária e desmineralizam a superfície da dentina, podendo ser classificados como de um ou dois passos clínicos.

#### JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Diferentemente dos sistemas adesivos convencionais, ou de condicionamento ácido total, que removem completamente a lama dentinária, os sistemas autocondicionantes promovem apenas a dissolução parcial ou modificação desta lama, incorporando-a à camada híbrida formada pelo agente de união.

#### Fontes:

- BARATIERI, L. N. *et al.* Odontologia Restauradora: Fundamentos e Técnicas. Vol. 1. São Paulo: Santos, 2010.
- CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

**46)** Os cimentos de ionômero de vidro são, genericamente, fornecidos na forma de pós com várias tonalidades, compostos de vidro de silicato de alumínio, e líquido, representado por solução aquosa de

- a) ácido itacônico.
- b) ácido fosfórico.
- c) fluoreto de cálcio.
- d) **ácido poliacrílico ou polimaleico.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

O líquido utilizado nas formulações dos cimentos de ionômero de vidro é o mesmo do cimento de policarboxilato, representado por soluções aquosas de ácido poliacrílico ou polimaléico.

Fontes:

- CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- CRAIG, R. G.; POWERS, L. M. Materiais Dentários Restauradores. 11ª ed. São Paulo: Santos, 2004.

**47)** Acerca dos preparos cavitários para amálgama, é correto afirmar que

- a) na utilização de ligas de amálgama do tipo convencionais ou mistas na etapa restauradora, a condensação deve ser realizada seguindo-se a ordem decrescente de diâmetro dos condensadores.
- b) na etapa restauradora de preparos do tipo classe II de *Black*, compostos ou complexos, a escultura se inicia com a definição do contorno externo da(s) crista(s) marginal(is), realizada com auxílio de sonda exploradora ou esculpador de *Hollemback*.
- c) em preparos do tipo classe II de *Black*, compostos ou complexos, as paredes vestibular e lingual/palatina da(s) caixa(s) proximal(is), vista(s) por oclusal, devem alcançar a superfície proximal sempre em ângulo maior que 90° de forma a atender os princípios de forma de resistência.
- d) ao final de preparos do tipo classe I de *Black*, realizados na face oclusal de pré-molares e molares com broca cone invertido de extremo arredondado, tem-se todas as paredes circundantes (vestibular, palatina/lingual, mesial e distal) convergentes para oclusal, atendendo ao princípio de forma de retenção.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Assim que o amálgama apresentar adequada resistência ao corte, inicia-se a etapa de escultura. Nos preparos do tipo classe II de *Black*, compostos ou complexos, esta escultura é iniciada com a definição do contorno externo da(s) crista(s) marginal(is), com auxílio de sonda exploradora ou esculpador de *Hollemback*, a fim de delimitar o perímetro da mesa oclusal.

Fonte: BARATIERI, L. N. *et al.* Odontologia Restauradora: Fundamentos e Técnicas. Vol. 2. São Paulo: Santos, 2010.

**48)** Leia o trecho abaixo e, em seguida, assinale a alternativa que preenche correta e respectivamente as lacunas.

O fenômeno conhecido como \_\_\_\_\_, pode ocorrer em ligas de amálgama que apresentem uma quantidade superior a \_\_\_\_\_ em peso do elemento \_\_\_\_\_.

- a) *creep* / 6% / cobre
- b) corrosão / 1% / paládio
- c) corrosão / 6% / estanho
- d) expansão tardia / 0,01% / zinco

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Ligas que apresentem uma quantidade superior a 0,01% de zinco em peso devem ser manipuladas com cuidado, a fim de evitar o contato com a umidade presente no meio oral, o que pode ocasionar um fenômeno conhecido como expansão tardia, que consiste no aumento volumétrico da restauração pela liberação de hidrogênio decorrente da reação entre a água e o zinco.

Fonte: CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

**49)** Em relação ao padrão e distribuição da cárie dental, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- ( ) A placa bacteriana localizada no fundo das irregularidades da superfície oclusal (fóssulas, sulcos e fissuras), nos dentes posteriores, representa o principal responsável pela ocorrência da cárie dental nestas superfícies.
- ( ) As lesões de cárie nas superfícies proximais localizam-se, preferencialmente, na região mais cervical e para vestibular do ponto de contato, devido ao maior acúmulo de placa bacteriana nestas áreas.
- ( ) A lesão cariosa cavitada ativa na superfície radicular é caracterizada como lesão larga, rasa, em forma de "pires" e de consistência superficial amolecida.
- ( ) A lesão de mancha branca ativa está localizada, frequentemente, no terço cervical dos dentes, em sítios de maior dificuldade de limpeza, ou em pacientes com pobre higiene oral, apresentando-se clinicamente com características de lisura e brilhosa.

- a) V – V – F – F
- b) V – F – V – V
- c) F – F – F – V
- d) F – V – V – F

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)**

A placa bacteriana localizada no fundo de acidentes anatômicos não é viável, sendo representada por bactérias fantasmas, sem núcleo e calcificações. O modo de progressão da lesão de cárie se dá às expensas das paredes laterais da entrada da fissura, do local de acesso à remoção de placa e de ação do flúor. A cárie nas superfícies proximais localiza-se, preferencialmente, na região mais cervical e para vestibular do ponto de contato, devido ao maior acúmulo de placa bacteriana nessas regiões. As lesões radiculares cavitadas em dentina são rasas, largas e ditas como em forma de “pires”, apresentando consistência superficial amolecida. As lesões de mancha branca ativa apresentam-se clinicamente opacas, rugosas, localizadas preferencialmente em locais de maior dificuldade de limpeza, podendo estar associada à gengivite.

Fonte: CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

**50)** A confecção de orifícios em dentina de 1 a 3 mm de profundidade, seguida da execução de um chanfrado cavosuperficial com broca esférica de diâmetro ligeiramente maior do que o diâmetro destes, caracteriza uma técnica empregada nas chamadas restaurações complexas em amálgama, objetivando conferir maior retenção à restauração. A descrição anterior refere-se à técnica conhecida como

- a) amalgapin.
- b) canaleta curva.
- c) amálgama adesivo.
- d) pinos intradentinários.

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)**

As chamadas restaurações complexas em amálgama exigem do operador (cirurgião-dentista) a confecção das chamadas retenções adicionais, as quais visam garantir uma maior retentividade do material restaurador a um preparo cavitário com desenho geométrico desfavorável. Dentre estas técnicas de retenções adicionais, um preconiza a confecção de orifícios em dentina, de 1 a 3 mm de profundidade, com broca 329 ou 330 em alta rotação, seguido da execução de um chanfrado cavo-superficial com broca esférica de diâmetro ligeiramente maior do que o diâmetro dos mesmos. Após o preenchimento dos orifícios pelo amálgama, é possível conferir maior retenção à restauração. Esta técnica é chamada de amalgapin, amalgapin ou, ainda, de pinos de amálgama.

Fonte: CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

**51)** Caracteriza-se pela coloração escurecida, fundo endurecido à sondagem, margens definidas e sem halo esbranquiçado nos bordos da cavidade. Tal descrição refere-se à lesão de cárie

- a) oculta.
- b) ativa com cavitação.
- c) inativa com cavitação.
- d) inativa (mancha branca).

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)**

Os métodos de diagnóstico visual e tátil constituem os mais antigos e comumente utilizados no diagnóstico de cárie. Assim, quando do uso de tais métodos, uma lesão de cárie inativa com cavitação é caracterizada pela coloração escurecida, fundo endurecido à sondagem, margens definidas e sem halo de mancha branca ativa nos bordos da cavidade.

Fonte: CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.



**52)** Quanto aos princípios de oclusão aplicados aos procedimentos clínicos em Dentística Restauradora, é correto afirmar que

- a) é relevante a presença de uma guia anterior bem definida apenas no seu componente lateral, representado pela guia canina.
- b) as restaurações devem ser ajustadas tanto em MIH (Máxima Intercuspidação Habitual), quanto em RC (Relação Cêntrica), não devendo haver deslizamento mandibular no trajeto entre os dois padrões de contato oclusal.**
- c) em dentes posteriores, o ajuste oclusal já pode ser realizado mesmo antes da conclusão da restauração direta, ou completo assentamento da restauração indireta, uma vez que os contatos oclusais já foram demarcados antes de se iniciar o preparo do dente.
- d) quando da confecção de restaurações cerâmicas na superfície oclusal de dentes posteriores, o ideal é que o movimento lateral mandibular seja realizado por função em grupo, uma vez que os materiais cerâmicos apresentam excelente resistência ao desgaste.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Mais importante do que se obter clinicamente a ROC (Relação de Oclusão Cêntrica), é evitar deslizamentos entre a RC (Relação Cêntrica) e a MIH (Máxima Intercuspidação Habitual). Por isso, as restaurações de amálgama, resina composta, cerâmicas e metálicas devem ser ajustadas primeiramente na MIH e, posteriormente, em RC. Entre estas duas posições, a restauração não pode gerar nenhum tipo de desvio ou deslizamento mandibular, interferindo no padrão oclusal existente.

Fonte: CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

**53)** A mandíbula se desloca horizontalmente para fora e as vertentes lisas das cúspides vestibulares inferiores “viajam” sobre as vertentes triturantes das cúspides vestibulares dos dentes superiores. A descrição anterior refere-se ao movimento mandibular de interesse na Dentística Restauradora denominado

- a) guia canina.
- b) lado de trabalho.**
- c) função em grupo.
- d) lado de balanceio.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Quando a mandíbula se desloca horizontalmente para fora, e as vertentes lisas das cúspides vestibulares inferiores “viajam” sobre as vertentes triturantes das cúspides vestibulares dos dentes superiores, denomina-se lado de trabalho. Na dentição natural, existem duas formas dos dentes se relacionarem no lado de trabalho: função em grupo e guia canina.

Fonte: CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

**54)** Acerca do emprego dos pinos intrarradiculares pré-fabricados em dentes tratados endodonticamente, é correto afirmar que

- a) uma relação de 2:1 entre o comprimento radicular do pino e a altura da coroa deve ser respeitada.
- b) o pino intrarradicular deve estender-se, no máximo, a 1/3 do comprimento da raiz suportada por tecido ósseo.
- c) após desobturação, pelo menos 3 a 4 mm de material obturador endodôntico deve permanecer na região apical do canal radicular.**
- d) as paredes circundantes (dentina) do canal radicular podem ser desgastadas o quanto for preciso para garantir uma boa adaptação do pino intrarradicular, necessária ao sucesso do tratamento.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Dentre as regras gerais para a cimentação de pinos intrarradiculares pré-fabricados encontra-se a quantidade de material obturador remanescente após a desobturação do canal radicular. A literatura recomenda a manutenção de 3 a 4 mm, podendo chegar até 5 mm, de guta-percha na região apical, garantindo, assim, o selamento da obturação endodôntica.

Fontes:

- BARATIERI, L. N. *et al.* Odontologia Restauradora: Fundamentos e Técnicas. Vol. 2. São Paulo: Santos, 2010.
- CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Restaurações Estéticas: compósitos, cerâmicas e implantes. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

**55)** Leia o trecho abaixo e, em seguida, assinale a alternativa que preenche correta e respectivamente as lacunas.

Os pinos intrarradiculares pré-fabricados de uso direto representam uma alternativa muito atrativa na reconstrução de dentes tratados endodonticamente. Dentre estes, pode-se citar os pinos \_\_\_\_\_, que apresentam excelente estética, mas, por outro lado, elevada rigidez, podendo comprometer o remanescente radicular. Os pinos \_\_\_\_\_, por sua vez, exibem um comportamento flexível, apresentando a desvantagem de serem escuros, o que pode limitar seu emprego associado às restaurações estéticas. Já os pinos \_\_\_\_\_, além de serem estéticos, apresentam módulo de elasticidade similar ao da dentina, o que favorece o comportamento biomecânico do conjunto pino/dente/restauração.

- a) cerâmicos / metálicos / de fibra de vidro
- b) cerâmicos / de fibra de carbono / de fibra de vidro**
- c) de fibra de vidro / de fibra de carbono / cerâmicos
- d) de fibra de carbono / de fibra de vidro / cerâmicos

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Os pinos pré-fabricados de uso direto são considerados a primeira escolha na reconstrução de dentes tratados endodonticamente, uma vez que dispensam procedimentos de modelagem do canal radicular, confecção de provisórios, etapas laboratoriais etc., o que concorre para o aumento do tempo de trabalho e dos custos para o procedimento. Assim, os pinos cerâmicos e os de fibra (ambos de uso direto) ganharam cada vez mais espaço quando dos procedimentos restauradores de dentes com tratamento endodôntico. Os pinos cerâmicos são extremamente estéticos, mas sua elevada rigidez pode acarretar inconvenientes ao remanescente radicular. Os pinos de fibra de carbono são de coloração escura (preta), o que limita seu emprego com restaurações estéticas. Nestes casos, uma cobertura de quartzo pode ser aplicada em sua superfície, tornando-o mais estético. Os pinos de fibra de vidro, além de estéticos, apresentam módulo de elasticidade similar ao da estrutura dental (dentina).

Fontes:

- BARATIERI, L. N. *et al.* Odontologia Restauradora: Fundamentos e Técnicas. Vol. 2. São Paulo: Santos, 2010.
- CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Restaurações Estéticas: compósitos, cerâmicas e implantes. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

**56)** É determinada por uma linha imaginária que tangencia as bordas incisais dos incisivos superiores e ponta de cúspide dos caninos superiores, sendo considerada agradável quando apresentar contorno convexo. Este conceito, relacionado aos princípios de estética aplicados à Dentística Restauradora, corresponde à(ao)

- a) corredor bucal.
- b) inclinação axial.
- c) linha do sorriso.**
- d) zênite do contorno gengival.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A linha do sorriso, ou curvatura incisal, é determinada por uma linha imaginária que tangencia as bordas incisais dos incisivos superiores e ponta de cúspide dos caninos superiores, sendo considerada agradável quando apresentar contorno convexo, acompanhando a curvatura do lábio inferior.

Fontes:

- CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Restaurações Estéticas: compósitos, cerâmicas e implantes. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

**57)** Em relação à cor, quando avaliada na chamada microestética dental, a característica de absorver energia luminosa de ondas curtas e difundi-la para o espectro visível entre o branco intenso e o azul-claro, sendo três vezes maior na dentina do que no esmalte, é chamada de

- a) luminosidade.
- b) opalescência.
- c) fluorescência.**
- d) contraopalescência.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A fluorescência é a característica de absorver energia luminosa de ondas curtas, como a ultravioleta, e difundi-la para o espectro visível entre o branco intenso e o azul-claro. A dentina apresenta três vezes mais fluorescência do que o esmalte. A relevância clínica da fluorescência é por ser responsável pela aparência mais branca e clara dos dentes, algo que os clínicos comentam como o “aspecto de vitalidade” dos dentes.

Fontes:

- CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Restaurações Estéticas: compósitos, cerâmicas e implantes. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

**58)** Sistema cerâmico que apresenta incorporação de cerca de 50% de óxido de alumínio, o qual atua como um inibidor na propagação de microtrincas na cerâmica, além de reduzir a translucidez da porcelana, motivo pelo qual é usado para confecção de infraestruturas. Esta caracterização é compatível com a porcelana

- a) de vidro ceramizado.
- b) reforçada infiltrada de vidro.
- c) feldspática reforçada por leucita.
- d) feldspática reforçada com alumina.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Na virada do século XIX., houve grande entusiasmo pela confecção de restaurações cerâmicas. Isto ocorreu pelo fato de a cerâmica feldspática, a única disponível na época, apresentar características desejáveis como substituta dos dentes naturais, como: translucidez, estabilidade química, coeficiente de expansão térmica linear próxima ao da estrutura dental, baixa condutividade térmica, compatibilidade biológica e alta resistência à compressão. Contudo, a cerâmica feldspática caracteriza-se como de baixa resistência à tração, o que a torna frável. A incorporação de aproximadamente 50% de óxido de alumínio (alumina) ao pó cerâmico funciona como um “bloqueador” na propagação de microtrincas na massa cerâmica, aumentando a resistência à fratura, mas, por outro lado, reduz a translucidez da porcelana, sendo utilizada apenas para a confecção de infraestruturas para posterior cobertura com porcelana feldspática. Este sistema cerâmico é classificado como porcelana feldspática reforçada com alumina.

Fonte: CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

**59)** Associe as colunas, relacionando os tipos de grampo utilizados na técnica de isolamento absoluto do campo operatório, às respectivas indicações. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

<u>Tipo de grampo</u>	<u>Indicação</u>
(1) Grampo 26	( ) indicado quando da necessidade de retrair os tecidos gengivais.
(2) Grampo 212	( ) indicado para uso em molares.
(3) Grampo 201	( ) indicado para uso em pré-molares.
(4) Grampo 209	( ) indicado para dentes posteriores com coroas clínicas curtas e/ou expulsivas.

a) 1 – 4 – 3 – 2  
**b) 2 – 3 – 4 – 1**  
c) 1 – 3 – 2 – 4  
d) 2 – 4 – 1 – 3

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

O grampo 26, sem asa, é recomendado para o isolamento de dentes posteriores, especialmente quando os mesmos apresentam coroas clínicas curtas e/ou expulsivas. O grampo 212 é indicado em situações onde há a necessidade de retrair os tecidos gengivais, dada a localização acentuadamente cervical do preparo cavitário. As numerações 201 e 209 referem-se a grampos com asa indicados para uso em molares e pré-molares, respectivamente.

Fontes:

- BARATIERI, L. N. *et al.* Odontologia Restauradora: Fundamentos e Técnicas. Vol. 1. São Paulo: Santos, 2010.
- CONCEIÇÃO, E. N. *et al.* Dentística: Saúde e Estética. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

**60)** Quando o grau de comprometimento do remanescente dental for acentuado, é necessário lançar mão das restaurações indiretas, produzidas extraoralmente. Acerca dos princípios para os preparos de restaurações indiretas, assinale a alternativa correta.

- a) A expulsividade é necessária para permitir a remoção e reinserção da restauração indireta, sendo esta característica relacionada, essencialmente, à angulação das paredes de fundo da cavidade.
- b) Assim como nas restaurações adesivas diretas é perfeitamente aceitável contar com margens com espessura e contorno irregulares nos preparos para restaurações indiretas, especialmente quando a peça protética for fixada através de cimentação adesiva.
- c) Outra característica importante nos preparos para restaurações indiretas é a manutenção de ângulos internos vivos, os quais facilitam a dissipação mais eficaz de tensões que incidem no conjunto dente-restauração, e favorecem a obtenção de uma linha de cimentação adequada.
- d) Quanto à retenção nos preparos para restaurações indiretas, o grau de expulsividade afeta diretamente sua capacidade retentiva. Entretanto, dependendo do tipo de agente cimentante utilizado, esta característica (retenção) pode não ser tão afetada, como no emprego de agentes cimentantes resinosos.

**JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)**

Um aspecto no qual os preparos dentais para restaurações indiretas diferem daqueles para restaurações diretas é a forma como o material restaurador é retido na cavidade. Nas restaurações de amálgama, por exemplo, a retenção é decorrente das características geométricas da cavidade, ao passo que nas restaurações indiretas a retenção depende do uso de um agente cimentante. Contudo, isso não significa que as características geométricas dos preparos dentais para restaurações indiretas não interferem na retenção da restauração, visto que o grau de expulsividade do preparo afeta diretamente sua capacidade retentiva. Entretanto, dependendo do tipo de agente cimentante utilizado, tal interferência pode ser mais ou menos pronunciada. Por exemplo, quando a cimentação é realizada com cimento resinoso (com capacidade adesiva), além da retenção friccional, tem-se a retenção micromecânica resultante da interação dos componentes adesivos do agente cimentante com os substratos dentais previamente tratados.

Fonte: BARATIERI, L. N. *et al.* Odontologia Restauradora: Fundamentos e Técnicas. Vol. 1. São Paulo: Santos, 2010.