

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

No que se refere a dentes naturais e a implantes, julgue os itens a seguir.

- 41 O tecido conjuntivo peri-implante contém grande número de fibras colágenas arranjadas de forma paralela à superfície do implante e pequeno número de fibroblastos e vasos.
- 42 Profundidade de sondagem maior que 4 mm em mucosa peri-implantar deve ser considerada sinal de doença, assim como ocorre no caso de dentes naturais.
- 43 O aumento da profundidade de sondagem em torno do implante indica perda óssea.

Julgue os seguintes itens, no que concerne ao papel microbiano na etiologia das doenças periodontais.

- 44 Em sua maioria, os patógenos periodontais estão relacionados ao desenvolvimento da periodontite apenas se presentes por um longo período de tempo e em número elevado de microrganismos, como ocorre, por exemplo, com o clone JP2 do *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*.
- 45 Técnicas de higiene bucal adequadamente efetuadas são eficazes no controle do biofilme e inflamação gengival, embora a higiene bucal por si só, sem terapia periodontal mecânica por raspagem, não impeça a progressão da periodontite.
- 46 Existem indivíduos com periodontite agressiva localizada que não exibem *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* em amostras de biofilme subgengival e não apresentam resposta elevada de anticorpos contra essa espécie de microrganismo.
- 47 A microbiota associada à periodontite crônica pode ser complexa e resultar de um processo lento e contínuo, em um habitat com condições ecológicas favoráveis, mas em lesões altamente ativas ou em indivíduos com condições médicas graves a diversidade poderá ser baixa.
- 48 A complexa organização do biofilme e a proteção que oferece aos microrganismos nele presentes constitui um dos fundamentos do princípio da necessidade de desorganização mecânica do biofilme na terapia periodontal.

No que se refere à sequência de instalação dos microrganismos na placa em indivíduos adultos, denominados complexos microbianos, julgue os itens que se seguem.

- 49 O complexo laranja cria condições para a implantação do complexo vermelho, que é formado pelas espécies aceitas como agentes etiológicos da periodontite crônica, o que corrobora para a importância da remoção mecânica do biofilme e para o controle da placa bacteriana.
- 50 A constatação de que a instalação dos cinco complexos microbianos na placa subgengival ocorre de forma sequencial e não aleatória permite a aplicação da hipótese específica da placa no desenvolvimento da periodontite crônica.
- 51 Se, após a remoção do biofilme pela raspagem e alisamento radicular em sítios com periodontite, não houver controle de placa, o restabelecimento dos níveis iniciais de *Porphyromonas gingivalis* e de outros membros dos complexos laranja e vermelho ocorrerá rapidamente, no prazo máximo de 48 horas.

Considerando a classificação atual das doenças periodontais, julgue os itens subsequentes.

- 52 A periodontite como manifestação de doença sistêmica, embora seja uma entidade clínica específica, não requer estratégia terapêutica diferente daquela aplicada aos indivíduos saudáveis sistemicamente ou com periodontite crônica.
- 53 A inflamação gengival constitui um componente invariável da periodontite crônica, assim como a gengivite precede o início da periodontite.
- 54 Embora gengivite e periodontite constituam entidades de doenças distintas, estudos epidemiológicos demonstram que a gengivite progride linearmente para a periodontite crônica na ausência de controle do biofilme.
- 55 Considera-se atualmente que na maioria dos indivíduos não tratados, a periodontite crônica progride lentamente em um processo contínuo, podendo ocorrer ocasionalmente períodos de exacerbação, com perda adicional de inserção e perda óssea.
- 56 No caso de a periodontite afetar a dentição decídua, a forma crônica da doença deve ser descartada, devendo-se considerar na avaliação diagnóstica as formas periodontite agressiva e manifestação periodontal de doença sistêmica.
- 57 O envelhecimento constitui o principal fator de risco para a periodontite crônica, podendo-se observar maior prevalência da doença em indivíduos mais velhos.

Em relação à sensibilidade e à especificidade da medição da perda de inserção pela sondagem e à utilização de radiografias interproximais no diagnóstico da periodontite, julgue os próximos itens.

- 58 Na periodontia, a medição da perda de inserção pela sondagem constitui o teste diagnóstico mais sensível para a detecção da periodontite em dentes permanentes totalmente irrompidos.
- 59 A perda óssea marginal observada nas radiografias interproximais constitui um sinal diagnóstico altamente específico de ocorrência da periodontite nos casos em que o exame de sondagem indica perda de inserção.
- 60 Na dentição mista — dentes não totalmente irrompidos —, a medição da distância entre a crista alveolar na radiografia interproximal é menos sensível do que o diagnóstico pela sondagem periodontal uma vez que em perdas ósseas incipientes, lesões intra-ósseas podem não ser visualizadas se a lâmina dura ainda se apresenta intacta na imagem.

Acerca do uso de antimicrobianos sistêmicos em periodontia, julgue os itens a seguir.

- 61** Quando indicada, a antibioticoterapia sistêmica deve ser empregada previamente à terapia mecânica, como forma de reduzir a carga bacteriana.
- 62** Para minimizar a resistência bacteriana, o uso de antimicrobianos sistêmicos no tratamento das periodontites deve ser prioritário a pacientes com formas agressivas, severas e progressivas da doença.
- 63** A associação amoxicilina e metronidazol é eficaz em praticamente qualquer condição que exija antibioticoterapia sistêmica em periodontia, salvo em caso de alergia.
- 64** Por se tratar de doenças de natureza infecciosa, mesmo quando usados sem terapia mecânica, os antibióticos sistêmicos são eficazes no tratamento das doenças periodontais.
- 65** O uso de antimicrobianos sistêmicos como adjunto ao tratamento periodontal reduz a necessidade de cirurgias de acesso, contribuindo para diminuir o número e a profundidade de bolsas residuais.
- 66** Casos de abscessos periodontais, pericoronários e doenças necrosantes demandam o uso de antibióticos sistêmicos como rotina.

A respeito dos fatores de risco para as doenças periodontais, julgue os seguintes itens.

- 67** Há evidência forte da associação de baixo nível socioeconômico com risco aumentado para cárie dentária, mas não para periodontite.
- 68** O fator comportamental mais importante tanto para a ocorrência de cárie quanto para a de doença periodontal é a higiene bucal diária com creme dental fluoretado.
- 69** Ser mulher é o fator de risco não modificável mais prevalente para a periodontite crônica, mas pode confundir-se com fatores de risco comportamentais, como uso de álcool e tabaco e estilo de vida.
- 70** Etnia pode ser considerada fator de risco não modificável para a periodontite, bem como a idade e o padrão microbiano do biofilme dental.
- 71** Fatores de risco modificáveis para a periodontite, como o tabagismo, podem ser controlados em nível individual ou profissional, bem como por meio de políticas públicas.

Paciente de sexo masculino, de vinte e dois anos de idade, livre de cárie e doença periodontal, compareceu a serviço odontológico ambulatorial com queixa de fratura coronária total do dente 21 após acidente (cotovelada) durante jogo de futebol, com perda do fragmento. Como se tratava de dente vital, o serviço de urgência que o atendeu durante o final de semana acessou o canal, instrumentou 2/3, colocou curativo de hidróxido de cálcio e fechou o acesso com ionômero de vidro.

Antes da realização do procedimento descrito, foi constatado que o paciente apresentava linha de sorriso alta, fratura ao nível da crista óssea e remanescente radicular de 17 mm, dente 11 com coroa clínica de 9 mm e distância da junção cimento-esmalte à crista óssea de 2,5 mm, e faixa de gengiva queratinizada na região de 4 mm, com biótipo espesso.

Com base no caso clínico precedente, julgue os itens subsequentes.

- 72** Será necessário remover no máximo 2 mm da crista óssea ao redor do remanescente para acomodar o espaço biológico e preservar a estética para a reabilitação protética.
- 73** Para a recuperação do espaço biológico, pode-se optar tanto pela cirurgia ressectiva quanto pela extrusão ortodôntica.

74 Embora idealmente o tratamento endodôntico deva ser realizado previamente aos procedimentos para a recuperação de espaço biológico, a ordem pode ser invertida caso não seja possível realizar isolamento absoluto.

75 A proporção raiz/coroa seria maior que 1 com extrusão ortodôntica e inferior a 1 com cirurgia ressectiva sem extrusão.

Acerca do diagnóstico de envoltimentos de bi- e trifurcação, julgue os itens que se seguem.

76 O exame com sondas periodontais convencionais pode não detectar lesões de bi- e trifurcação, sendo indicado o uso de instrumentos desenhados para essa finalidade, como, por exemplo, a sonda de Nabers.

77 Embora o exame radiográfico seja considerado complementar ao exame clínico, a ausência de radiolucidez em região de bi- ou trifurcações indica a inexistência de lesão.

78 Como regra geral, a perda óssea é menor do que revela a imagem radiográfica.

79 Radiograficamente, quando houver perda óssea pronunciada ao redor de uma única raiz em molar, pode-se pressupor que haja também envolvimento de furca.

80 O diagnóstico e o registro de envoltimentos de bi- e trifurcações são essenciais para o planejamento, uma vez que pode afetar diretamente o prognóstico do caso.

Acerca dos implantes com hexágono externo, julgue os itens a seguir.

81 Esse tipo de implante apresenta baixa previsibilidade, por se tratar de produto relativamente recente, com pouco tempo de mercado.

82 Esse sistema apresenta grande variedade de componentes protéticos, o que facilita a obtenção de soluções para cada caso.

83 Implantes desse tipo podem apresentar alguma dificuldade de resolução em áreas estéticas, já que o posicionamento infraósseo da plataforma não é indicado.

84 As vantagens desse tipo de implante incluem a grande liberdade rotacional e o baixo risco de deformação durante a inserção.

85 A concentração de tensão na região coronária, característica desse sistema, pode favorecer a desadaptação implante-componente, a formação de biofilme e a consequente saucerização.

Uma etapa essencial para o sucesso do tratamento periodontal e do tratamento com implantes dentários é a terapia de suporte ou manutenção. Acerca dessa etapa e de procedimentos associados a ela, julgue os itens subsequentes.

86 O tabagismo é fator preditor para perda dentária e perda óssea peri-implantar, mesmo com controle adequado e visitas regulares de manutenção.

87 Não cabe à equipe odontológica dar orientação para cessação do tabagismo, devendo pacientes fumantes ser encaminhados para tratamento médico assim que iniciarem a etapa de manutenção.

88 Pacientes com perdas dentárias associadas à periodontite progressiva apresentam risco semelhante de apresentar peri-implantite ao de pacientes sem doença periodontal, exigindo atenção semelhante na fase de manutenção.

89 No caso de pacientes reabilitados com implantes, uma dificuldade encontrada durante a fase de manutenção é a relutância ou resistência em realizar cuidados caseiros de higiene, por receio ou desconhecimento.

- 90 A raspagem de implantes durante a terapia de suporte com curetas e pontas de ultrassom de plástico ou teflon permite a instrumentação eficiente das roscas expostas sem danos à superfície.
- 91 Na fase de manutenção, a medida da profundidade de sondagem ao longo do tempo é importante para a determinação da saúde dos tecidos periodontais, não sendo indicada a sondagem de implantes dentários.



Internet: <www.burbankdentalimplants.com>.

Um paciente que havia recebido implante unitário colocado no lugar do dente 15, não compareceu às visitas de manutenção e retornou dois anos depois, com a condição apresentada na imagem precedente. O tecido mole peri-implantar apresentava sinais clínicos de inflamação, com supuração e sangramento à sondagem.

Com base na situação hipotética e na figura apresentadas, julgue os itens que se seguem.

- 92 A prevenção, o diagnóstico e o tratamento precoces durante a fase de manutenção são essenciais, uma vez que o resultado do tratamento das peri-implantites não é previsível.
- 93 A terapia não cirúrgica, mesmo com o uso de antimicrobianos tópicos, demonstrou ser bastante ineficaz no tratamento das peri-implantites, devendo a abordagem cirúrgica ser preferencial na situação apresentada.
- 94 O controle microbiano da superfície exposta do implante é essencial para o sucesso de terapia, de modo que tratamentos como aplicação de laser, fototerapia, antimicrobianos tópicos e aeropolidores podem ser associados à terapia mecânica.
- 95 Devido ao grande risco de recontaminação das roscas dos implantes, a implantoplastia é uma das modalidades de tratamento com menor chance de recorrência da peri-implantite.
- 96 Considerando a posição do implante, a opção por tratamento com técnica regenerativa ou cirurgia ressectiva dependerá também da demanda estética apresentada pelo paciente.



Internet: <<http://centralparkperio.com>>.

Na imagem precedente, a parte coronal e o parafuso de proteção do implante podem ser vistos por transparência através da gengiva. No que se refere ao controle dessa situação clínica, julgue os itens seguintes.

- 97 Idealmente, a cirurgia peri-implantar para a correção do biótipo gengival fino deve preceder ou ser realizada simultaneamente à colocação do implante, não devendo ser realizada no momento da reabertura, quando a previsibilidade é reduzida.
- 98 O enxerto gengival livre pode ser utilizado quando, além de espessura, seja necessário aumentar a faixa de mucosa ceratinizada, embora apresente como desvantagem a diferença de coloração da área doadora e a receptora.
- 99 O enxerto subepitelial de tecido conjuntivo apresenta resultados pouco previsíveis quando usado sobre implantes, por não apresentar nutrição adequada para o enxerto, o que aumenta o risco de necrose.
- 100 Idealmente, a faixa da mucosa ceratinizada deveria ser de 3 mm ou maior e a espessura gengival de 2 mm em implantes em áreas estéticas; na ausência dessas características, enxertos são indicados.

Com relação à anestesia local em odontologia, julgue os itens a seguir.

- 101 Na dissociação anestésica, se o pH da solução tiver o mesmo valor que o PKa do anestésico, será correto inferir que metade da droga se encontra na forma ionizada (iônica).
- 102 Dos fatores envolvidos na ação do anestésico local sobre as membranas nervosas, a forma em base livre se liga aos sítios receptores dos canais de sódio no citoplasma da célula nervosa.
- 103 O início do bloqueio anestésico depende da constante de dissociação PKa: quanto mais baixo for o PKa, mais rápido será o início do bloqueio do nervo.
- 104 O processo de recuperação anestésica é mais lento que sua indução devido à ligação da droga ao canal de sódio, a qual faz que a liberação do anestésico seja mais lenta que a sua absorção.

105 Na recuperação anestésica, as fibras do feixe central do nervo permanecem anestesiadas por mais tempo que as fibras do manto.

A respeito da correta abordagem das emergências médicas pelo cirurgião-dentista, julgue os itens que se seguem.

106 Em relação aos fatores predisponentes da perda de consciência, a síncope vasodepressora por aumento do estresse é a mais comum.

107 Ao se constatar o quadro de inconsciência, a vítima deve ser colocada na posição de Trendelenburg (cabeça para baixo), para proporcionar a liberação das vísceras abdominais e melhorar a respiração. Nesse caso, a posição supina (horizontal) deverá ser evitada.

108 No protocolo para suporte às vítimas de parada cardiorrespiratória, as compressões cardíacas devem ser iniciadas antes da ventilação.

109 Para executar corretamente a respiração boca a boca, o socorrista deve inclinar a cabeça da vítima para trás e, simultaneamente, elevar o mento desta, realizar uma inspiração profunda e soprar o ar inspirado dentro da boca da vítima por um segundo.

110 Pode-se diferenciar a hipotensão postural da síncope vasopressora pelo aumento da frequência cardíaca que ocorre na hipotensão ortostática.

111 No caso de aspiração de objeto estranho por paciente que esteja consciente, este deve ser orientado a assumir a posição de decúbito lateral esquerdo e, nessa posição, a provocar o reflexo de tosse.

Com referência à atuação do cirurgião-dentista na odontologia hospitalar e no atendimento a pacientes sob cuidados de terapia intensiva, julgue os itens seguintes.

112 Considera-se associada à ventilação mecânica a pneumonia que ocorre no período entre 24 horas após o início da ventilação mecânica e até 72 horas após a extubação do paciente.

113 Para os pacientes entubados, é recomendada a aplicação tópica de solução de clorexidina a 0,12%.

114 A mucosite oral é uma condição debilitante, podendo decorrer tanto da radioterapia quanto da quimioterapia, e o *laser* de baixa intensidade pode ser usado em seu tratamento.

115 No caso da osteorradionecrose devido a radiação ionizante dos ossos gnáticos, a maxila é mais acometida que a mandíbula, diferentemente do que ocorre na osteonecrose desses ossos associada ao uso de bifosfonatos, em que a mandíbula é mais acometida.

Em relação à odontologia preventiva no Sistema Único de Saúde, julgue os próximos itens.

116 As equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família na modalidade I devem contar com um cirurgião-dentista e mais três profissionais: um dentista, um técnico em saúde bucal e um auxiliar em saúde bucal que, excepcionalmente, poderá ser substituído por mais um técnico em saúde bucal.

117 O GraduaCEO – Brasil Sorridente desenvolve ações de educação continuada sobre prevenção e promoção de saúde para os profissionais dos centros de especialidades odontológicas.

118 A Política Nacional de Saúde Bucal, por meio do Programa Brasil Sorridente, constitui-se em medidas para ampliar os serviços odontológicos especializados, e, para potencializar a

efetividade dessas medidas, restringe sua linha de ação a duas vertentes: a atenção secundária, com a implantação das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família; e a fluoretação das águas.

119 A fluoretação da água para consumo humano assegura cerca de 50% a 65% de redução da incidência de cárie nas populações expostas continuamente a esse benefício por um período mínimo de, aproximadamente, dez anos, contados desde o nascimento.

120 Para a prevenção à cárie, são recomendados bochechos diários com solução fluoretada de NaF a 0,05% e bochechos semanais dessa solução a 0,2%.

Espaço livre

