



**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
SELEÇÃO PÚBLICA – PROGRAMA DE RESIDÊNCIA - 2025/1
EDITAL COREMU R004 E R007/2024
RESIDÊNCIA DE ODONTOLOGIA**

PROVA APLICADA EM 01/12/2024

GABARITO PROVISÓRIO

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL

QUESTÃO	ALTERNATIVA
1	E
2	B
3	C
4	E
5	B
6	C
7	D
8	D
9	D
10	D

QUESTÃO	ALTERNATIVA
11	E
12	A
13	C
14	E
15	B
16	D
17	A
18	D
19	D
20	C

QUESTÃO	ALTERNATIVA
21	D
22	D
23	C
24	C
25	E

DENTISTICA

QUESTÃO	ALTERNATIVA
1	A
2	C
3	C
4	B
5	E
6	A
7	B
8	A
9	C
10	B

QUESTÃO	ALTERNATIVA
11	A
12	C
13	D
14	A
15	C
16	D
17	B
18	A
19	E
20	E

QUESTÃO	ALTERNATIVA
21	B
22	A
23	D
24	D
25	B
26	D
27	E
28	B
29	B
30	A



PERIODONTIA

QUESTÃO	ALTERNATIVA
1	D
2	B
3	C
4	D

QUESTÃO	ALTERNATIVA
5	B
6	C
7	E
8	A

Respostas esperadas:

Questão 9

9 A) Periodontite estágio IV, grau C, generalizada

9 B) Encaminhar o paciente para controle da glicemia; terapia periodontal básica (orientação de higiene bucal, raspagem e alisamento radicular de todos os quadrantes, terapia ortodôntica para posicionamento adequado dos dentes 47 e 48, ajuste oclusal, reavaliação); tratamento cirúrgico das bolsas remanescentes com PS \geq 5mm; tratamento ressectivo/ regenerativo de defeitos infra-ósseos e lesões debifurcação; terapia periodontal de suporte.

Questão 10

10 A) As técnicas que envolvem o uso de enxerto de tecido conjuntivo, posicionado diretamente sobre a superfície radicular exposta, seguidas pelo reposicionamento coronário de um retalho para cobrir o enxerto, são recomendadas (Langer e Langer, 1985; Zucchelli et al., 2003). Outra abordagem possível é a técnica do "túnel", na qual o enxerto de tecido conjuntivo é inserido dentro de um espaço criado por incisões de espessura parcial realizadas na margem do tecido mole (Raetzke, 1985; Allen, 1994; Zabalegui et al., 1999).

10 B) Técnica para o procedimento de retalho reposicionado coronalmente para retrações múltiplas:

- Incisões oblíquas submarginais são feitas nas áreas interdentais e ligadas com incisões intrassulculares às áreas de recessões. As incisões são estendidas para incluir um dente de cada lado dos dentes a serem tratados, com a finalidade de facilitar o reposicionamento do retalho. As incisões oblíquas acima das áreas interdentais são feitas de tal maneira que as "papilas criadas cirurgicamente" mesiais à linha média do campo cirúrgico são deslocadas distal e apicalmente, enquanto as papilas do retalho distais à linha média são transferidas para uma posição mais apical e mesial.
- Iniciando nas incisões interdentais oblíquas, um retalho de espessura parcial é dissecado. Apical ao nível das exposições radiculares, um retalho de espessura total é elevado para permitir o reposicionamento coronal sobre as raízes com espessura máxima de tecido mole.
- Na porção mais apical do retalho, o periosteio é incisado e dissecado até a mucosa de revestimento vestibular para eliminar a tensão muscular. O retalho móvel deve ser capaz de alcançar passivamente um nível coronal da junção cimento-esmalte em cada dente no campo cirúrgico.
- A porção vestibular remanescente das papilas interdentais, é desepitelizada para criar leitos de tecido conjuntivo, aos quais o retalho será suturado.
- As suturas são realizadas no intuito de obter uma adaptação precisa do retalho reposicionado coronalmente contra os dentes e nos leitos de tecido conjuntivo interdentais. Além disso, é feita uma sutura de colchoeiro horizontal dupla para reduzir a tensão na margem do retalho.
- Um enxerto de tecido conjuntivo da mucosa mastigatória é obtido da face palatina dos pré-molares superiores. A extensão mesiodistal da incisão é determinada pelo tamanho do enxerto necessário.
- O enxerto é imediatamente transferido para o local receptor e posicionado a uma distância da CEJ igual à altura do tecido ceratinizado originalmente presente apical à recessão. O enxerto é fixado em posição com duas suturas de colchoeiro verticais adjacentes ao tecido mole lateral à deiscência.



• Suturas suspensórias são colocadas nas regiões de papila para posicionar a margem do retalho avançado cobrindo cerca de 1 mm coronal da CEJ. Suturas simples são usadas próximo à ferida ao longo das incisões verticais.

INGLÊS

Questão 1.

A fibrina rica em plaquetas (PRF) é um concentrado plaquetário obtido por um procedimento simples que não requer o envolvimento bioquímico do sangue. A rede tridimensional de fibrina apresenta diversos fatores de crescimento, como o fator básico de crescimento de fibroblastos (FGFb), o fator de crescimento endotelial vascular (VEGF) e a angiopoietina, além do fator de crescimento derivado de plaquetas (PDGF), que são os principais fatores solúveis de angiogênese. Também estão presentes outros fatores de crescimento (fator de crescimento transformador beta 1 (TGF- β 1), PDGF, VEGF) e citocinas (interleucinas (IL)-1 β , IL-4 e IL-6), que desempenham papéis importantes nas quatro etapas da cicatrização de feridas.

Questão 2.

O uso de PRF reduz a dor e o desconforto no pós-operatório e facilita a cicatrização da ferida na região palatina (área doadora).

Questão 3.

Quarenta pacientes, que necessitavam de enxerto de tecido conjuntivo (ETC) para o tratamento de recessões gengivais, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão, e que estavam dispostos a participar do estudo, foram incluídos entre outubro de 2017 e outubro de 2018. Estes pacientes participaram deste ensaio clínico, que foi projetado como um estudo prospectivo, randomizado, controlado, paralelo e de centro único. Os pacientes foram aleatoriamente distribuídos na proporção de 1:1 para o grupo PRF ou grupo controle. A sequência de alocação aleatória foi realizada por meio de um programa de randomização (<http://www.randomizer.org>). Embora o cirurgião (ALA) estivesse ciente do tratamento atribuído, pois o PRF foi aplicado nos pacientes, as avaliações foram realizadas por um clínico (GTC) que foi mantido cego quanto à alocação, para evitar diferenças na avaliação dos parâmetros.

PROTESE DENTÁRIA

Respostas esperadas:

1.) Retenção

Resistência ou estabilidade

Rigidez estrutural

Integridade

2.) Comprimento

Diâmetro do pino

Inclinação das paredes do conduto

Característica superficial do pino

3.) O objetivo principal é de recuperar, com o contorno do plano de orientação, a sustentação dos tecidos do terço da face inferior da face, perdida com os dentes naturais. plano de orientação superior: Suporte labial, Altura incisal, linha do sorriso, formato do rebordo, corredor bucal e linha média.

4.) Resposta C



5.) A alavanca de primeiro gênero é evitada toda vez que o apoio, em casos de extremos livres, é planejado distante do espaço protético, desta forma, ocorre a formação da alavanca de 2 gênero, sendo a alavanca desejada para os casos clínicos.

Os apoios em casos de extremo livre, devem ficar sempre distante do espaço desdentado/protético.

6.) - apoio: mesial do dente 38, mesial e/ou distal do dente 37, mesial do dente 33 e distal do dente 44;

- grampo de retenção: geminado (circunferencial) nos dentes 38 e 37, MDL modificado no dente 33 e grampo de Roach no dente 44;

- grampo de oposição: geminado (circunferencial) nos dentes 38 e 37, MDL modificado no dente 33 e circunferencial no dente 44;

- conector maior: placa lingual;

- conector menor: mesial do dente 38, distal e mesial do dente 37, mesial do dente 33 e mesial do dente 44;

- retentor indireto: elementos constituintes do dente 33 (apoio e grampo MDL modificado);

- plano guia: conector menor no elemento 37, terço médio do MDL modificado do dente 33 e placa distal do dente 44.

7.) Masseter: elevação da mandíbula e auxilia na protrusão;

Temporal: elevação da mandíbula e auxilia na retrusão;

Pterigoideo Medial: elevação da mandíbula e auxilia na protrusão;

Pterigoideo Lateral (feixe superior): estabiliza o côndilo e o disco durante a função mandibular;

Pterigoideo Lateral (feixe inferior): protrusão da mandíbula e auxílio nos movimentos de lateralidade e abertura da boca.

8.) É uma curva anteroposterior que se estende desde a ponta do canino inferior ao longo das pontas das cúspides vestibulares dos dentes posteriores inferiores. O grau de curvatura influencia na altura das cúspides posteriores que funcionarão em harmonia com o movimento mandibular.

9.) Resposta E

10.) Indução: É o período no qual as moléculas do iniciador se tornam energizadas e se decompõem em radicais livres, seguido pela reação desses radicais com as moléculas do monômero iniciando o crescimento da cadeia polimérica

Propagação: O complexo radical livre-monômero resultante atua como um novo centro radical livre quando se aproxima de outro monômero para formar um dímero, que também se torna um radical livre. Essa espécie reativa, por sua vez, pode se adicionar sucessivamente a um grande número de moléculas de etileno, de modo que o processo de polimerização continue por meio da propagação do centro reativo.

Transferência de cadeias: Nesse processo, o radical livre ativo de uma cadeia em crescimento é transferido para outra molécula (por exemplo, um monômero ou uma cadeia de polímero inativada) e um novo radical livre é criado para continuar o crescimento.

Terminação: Embora a terminação da cadeia possa resultar da transferência de cadeia, reações de polimerização adicionais são na maioria das vezes terminadas pelo acoplamento direto de duas extremidades de cadeia de radicais livres ou pela troca de um átomo de hidrogênio de uma cadeia em crescimento para outra.

11.) Um composto inorgânico com propriedades não-metálicas constituindo de oxigênio e

um ou mais componente metálicos ou semi-metálicos.

Os métodos são: Condensação, Injeção, Fundição e CAD-CAM.

12.) O objetivo do estudo foi avaliar a adaptação marginal e interna para restauração de faceta oclusal usando dois tipos de materiais CAD/CAM (cerâmica vítrea de silicato de lítio reforçada com zircônia e rede cerâmica infiltrada com polímero) com três diferentes configurações de espaço de cimento (30 μm , 40 μm e 50 μm), usando varreduras de microCT.

13.) A principal desvantagem da avaliação de microCT é a formação de artefatos de radiação causados pelas diferenças de coeficientes de absorção de radiação entre diferentes materiais durante a avaliação das distâncias da fenda, além da presença de artefatos de radiação, consumo de tempo, necessidade de conhecimento técnico e alto custo.

RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1	D	9	E
2	E	10	A
3	A	11	A
4	C	12	B
5	A	13	C
6	C	14	B
7	E	15	B
8	D		

16.a1. Bem definidas ou circunscrita	16.a2. Mal definidas ou difusa
16.b1. Regular ou arredondado/ovalado	16.b2 Irregular ou sem forma definida

Respostas esperadas:

LINGUA INGLESA

1. Chave de resposta:

- Queixa principal:
 - Dentes desalinhados (0,2)
- História da doença atual:
 - Ausência de histórico de doenças sistêmicas ou traumas (0,1)
 - Inchaço no lado esquerdo do rosto dele há aproximadamente 3 anos (0,1)
 - Sem sintomas. (0,1)

2. Chave de resposta:



- Radiografia panorâmica: **(0,05 para cada correta até o total de 0,25)**
 - Área radiolúcida uniloculada (ou unilocular) no ângulo da mandíbula,
 - Formato semicircular;
 - Limites parcialmente corticalizados;
 - Tamanho aproximado de 20 x 30 mm;
 - Canais mandibulares largos;
 - Entalhes coronóides profundos, especialmente no lado esquerdo.
- Tomografia computadorizada por feixe cônico:
 - Defeito ósseo mandibular bem delimitado; **(0,125)**
 - Descontinuidade do osso cortical. **(0,125)**

3.Chave de resposta:

- Manifestações clínicas: **(0,05 para cada correta até 0,25)**
 - Aumento gengival e pigmentação
 - Dentes inclusos,
 - Dentes supranumerários,
 - dentes ausentes ou deslocados,
 - Crescimento excessivo do processo alveolar,
 - Neurofibromas orais e periorais.
- Manifestações imaginológicas: **(0,05 para cada correta até 0,25)**
 - Alargamento do canal mandibular,
 - Defeito ósseo na borda inferior do ramo mandibular,
 - Deformidade do processo coronóide,
 - Pseudodistensão do processo condilar e coronóide,
 - Ângulo goníaco achatado ou ausente,
 - Deformidade ou hipoplasia do corpo e ramo mandíbula.

4.Chave de resposta:

- Displasia Fibrosa:
 - Características semelhantes ao vidro fosco; (0,25)
 - Margens mal definidas. (0,25)

Ou
- Malformação vascular:
 - Aspecto radiográfico variável; (0,1)
 - Na mandíbula, pequenos crescimentos; (0,2)
 - Alteração na densidade óssea.(0,2)

Ou
- Defeito ósseo de Stafne:
 - Área radiolúcida uniloculada; (0,1)
 - Bem definida, (0,1)
 - Redonda ou oval, (0,1)
 - Diâmetro de 1 a 3 cm, (0,1)
 - Abaixo do canal alveolar inferior e anterior ao ângulo da mandíbula. (0,1)

Ou



- Cisto ósseo aneurismático:
 - Área radiolúcida uni ou multilocular, semelhante a um favo de mel ou bolhas de sabão; (0,2)
 - Bem definida;(0,1)
 - Expansão cortical; (0,1)
 - Destruição da cortical óssea e reação periosteal. (0,1)

ODONTOPEDIATRIA

QUESTÃO	ALTERNATIVA
1	B
2	E
3	B

QUESTÃO	ALTERNATIVA
4	A
5	B
6	D

Questão 7

CHAVE DE RESPOSTA: (Toledo, O.A. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica. 4ª edição. Rio de Janeiro: Editora MedBook, 2012, p.215-225)

7.a – Componentes de atuação: Selamento de fóssulas e fissuras e Restauração de lesões cavitadas em dentina.

7.b - Componente de atuação 1: Selamento de fóssulas e fissuras

❖ Técnica: Profilaxia/Escovação; Isolamento relativo sem uso de anestesia; Aplicação de um CIV de alta viscosidade nas fóssulas e fissuras; Proteção com vaselina/verniz.

❖ Indicações: Molares permanentes recém-irrompidos ou em fase de irrompimento, em crianças com alto risco de desenvolvimento de cárie.

❖ Vantagens: não necessita de anestesia e isolamento absoluto; prevenção do desenvolvimento/progressão de lesões cáries; liberação de flúor na cavidade bucal; técnica simplificada.

Componente de atuação 2: Restauração de lesões cavitadas em dentina

❖ Técnica: Remoção da dentina infectada com curetas manuais e manutenção da dentina afetada. Isolamento relativo sem anestesia. Selamento da cavidade com CIV de alta viscosidade. Proteção do CIV aplicado com vaselina/verniz.

❖ Indicações: Dentes com cavidade em dentina, sem comprometimento endodôntico e passíveis de serem restaurados.

❖ Vantagens: Não necessita de anestesia e isolamento absoluto; remoção de tecido cariado com instrumentos manuais; menor tempo clínico; melhor aceitação na primeira infância.

Questão 8

CHAVE DE RESPOSTA: (Correa, M.S.N.P. Odontopediatria na Primeira Infância – uma visão multidisciplinar. 4ª edição. São Paulo: Editora Santos, 2017, Cap 9)



- ❖ Vedamento labial para estimulação da tonicidade muscular perioral, lingual;
- ❖ Estímulo do circuito neural fisiológico da respiração nasal.

Questão 9

CHAVE DE RESPOSTA: (Varellis, M.L.Z. O paciente com Necessidades Especiais na Odontologia: manual prático. 3ª edição, São Paulo: Editora Santos, 2017, p. 160)

9.a – Cardiopatias – observar se o paciente possui defeito cardíaco, e se necessário, realizar profilaxia antibiótica previamente a procedimentos odontológicos.

Tireoide – é comum que indivíduos com síndrome de Down apresente defeito no funcionamento da tireoide, e conseqüentemente podem ter hipodesenvolvimento ósseo e dentário, com atraso na erupção dos dentes.

Alteração da articulação atlantoaxial – em 31% dos pacientes com Síndrome de Down, ocorre um defeito na articulação atlantoaxial, que provoca uma distância maior que 5 mm (valor máximo normal), podendo causar algum tipo de compressão da medula espinal durante movimentos bruscos de flexão ou extensão. Durante o atendimento odontológico desses pacientes com restrição física, embora possam ser aplicadas, deve-se tomar extremo cuidado ao manipular o pescoço da criança com Síndrome de Down, a fim de se evitarem lesões medulares ou traumatismos.

Sistema imunológico – deficiência na função leucocitária, na produção de linfócitos T e na atividade dos monócitos podem predispor o indivíduo com T21 a infecções recorrentes orais.

Cuidados durante o atendimento odontológico devem ainda incluir outras situações comuns em T21, como deficiências auditivas, hipotonia muscular e alterações oculares.

9.b - Má higiene oral, acentuada pela dificuldade motora e hipotonia muscular; má oclusão, que dificulta a higiene oral; falha no metabolismo de colágeno; deficiência imunológica; diminuição de capilaridade da mucosa.

Questão 10

CHAVE DE RESPOSTA: (Day, P., Flores, M.T., O'Connell, *et al.* International Association of Dental Traumatology Guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. Dental Traumatology. 2020. 36: 343-359).

10.1- Luxação intrusiva grau 3 nos dentes 61 e 51 - Intrusão severa ou total da coroa. O dente desapareceu completamente, ou quase completamente dentro do alvéolo, e pode ser sentido por palpação na tábua óssea vestibular.

Luxação intrusiva grau 2 no 52 - Intrusão parcial moderada, com menos de 50% de coroa visível.

Em uma intrusão, o dente está geralmente deslocado através da tábua óssea vestibular ou colidindo com o dente permanente sucessor.

a. - Deve ser realizada uma radiografia oclusal (com um sensor/filme tamanho 2), para o diagnóstico e para servir como base para o acompanhamento.

Quando o ápice está deslocado em direção ou sobre a tábua óssea vestibular, a extremidade apical pode ser visualizada e o dente pode parecer mais curto em relação ao contralateral.

Quando o ápice está deslocado em direção ao germe do dente permanente, a extremidade apical não pode ser visualizada e o dente parece alongado.

10.3- Deve-se aguardar reposicionamento espontâneo do dente, independente da direção de deslocamento. A melhora espontânea na posição do dente intruído geralmente ocorre dentro de 6 meses. Em alguns casos, isso pode levar 1 ano.

Deve ser realizado o encaminhamento (dentro de poucos dias) a uma equipe especializada no tratamento pediátrico com conhecimento e experiência no tratamento de lesões dentárias em crianças.

Instrução aos pais envolve: - Cuidado ao comer para não traumatizar ainda mais o dente lesionado, porém estimulando o retorno à função normal o mais rápido possível; - Para permitir a cicatrização gengival e impedir o acúmulo de placa, os pais devem limpar a área afetada com uma escova macia ou cotonete e aplicar topicamente um enxaguatório bucal de gluconato de clorexidina a 0,1% até 0,2% sem álcool, duas vezes ao dia por uma semana.

10.4 - Exame clínico após:

- ❖ 1 semana
- ❖ 6-8 semanas
- ❖ 6 meses
- ❖ 1 ano
- ❖ O acompanhamento aos 6 anos de idade é indicado em casos de intrusão severa, para monitorar a erupção do dente permanente.

❖ O acompanhamento radiográfico é indicado somente quando os achados clínicos sugerirem patologia (exemplo: um prognóstico desfavorável).

❖ Os pais devem ser orientados da necessidade de retorno à clínica assim que observar qualquer prognóstico desfavorável. Quando um prognóstico desfavorável é observado, normalmente é necessário a intervenção.

10.5. Prognósticos

FAVORÁVEIS

- Ausência de sintomatologia.
- Cicatrização pulpar com: - Coloração normal da coroa; ou descoloração vermelha/cinza ou amarela transitória e obliteração do canal radicular; - Sem sinais de necrose pulpar e infecção;
- Continuação do desenvolvimento radicular em dentes com rizogênese incompleta;
- Cicatrização periodontal;
- Reerupção ou realinhamento do dente intruído;
- Sem distúrbios no desenvolvimento e/ou erupção do dente permanente sucessor.

DESFAVORÁVEIS:

- Sintomatologia dolorosa;
- Sinais de necrose pulpar e infecção, como: fistula, hiperplasia gengival, abscesso ou mobilidade aumentada;
- Descoloração cinza escura persistente com um ou mais sinais de infecção;
- Sinais radiográficos de necrose pulpar e infecção;
- Interrupção do desenvolvimento radicular em dentes com rizogênese incompleta.

Questão 11

CHAVE DE RESPOSTA: (Fouad AF et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. 2020; 36: 331-342)

Orientações ao telefone:

OPÇÃO 1 - Reimplante imediato: orientar que os pais peguem o dente pela coroa, enxaguem delicadamente para remoção de sujidades (leite, solução salina ou a saliva do próprio paciente) e reimplantem imediatamente no alvéolo, cuidando para que o correto posicionamento dentário seja observado. Em seguida, o paciente deve morder uma gaze/lenço/guardanapo e procurar o dentista imediatamente.

OPÇÃO 2 - Reimplante em consultório: se o reimplante no local do acidente não for possível, os pais devem ser orientados a pegar o dente pela coroa e armazenar em um recipiente com leite/solução salina/saliva/água e procurar o dentista imediatamente.

Quando o paciente chegar ao consultório, o cirurgião-dentista deve avaliar a situação para definir qual será o tratamento proposto.

1 - Se o dente foi reimplantado antes de chegar no consultório, o dentista deverá higienizar a área com água, soro ou clorexidina 0,12%, verificar a posição do dente clínica e radiograficamente. Se o dente foi reimplantado erroneamente no alvéolo, considere reposicionar o dente por até 48 horas após o trauma, sob anestesia local (preferencialmente sem vasoconstritor). Manter esplintagem passiva por 2 semanas, com fio de até 0,4mm ou fio de nylon de 0,26mm, fixados por compósito. O paciente e os responsáveis devem ser orientados quanto aos cuidados que deverão observar e o controle clínico e radiográfico que deverá ser realizado.

2 - O dente foi mantido em meio fisiológico por um período menor de 60 min: após exame clínico e radiográfico, agitar suavemente o dente no meio de armazenamento para remoção de sujidades, caso sejam observadas. Após anestesia local (preferencialmente sem vasoconstritor), irrigar o alvéolo com soro fisiológico e remover o coágulo, se necessário. Manter esplintagem passiva por 2 semanas, com fio de até 0,4mm ou fio de nylon de 0,26mm, fixados por compósito. O paciente e os responsáveis devem ser orientados quanto aos cuidados que deverão observar e o controle clínico e radiográfico que deverá ser realizado.

3 - O dente foi mantido em meio fisiológico por um período maior de 60 min: os procedimentos clínicos são os mesmos descritos anteriormente, porém o prognóstico piora com o passar do tempo.

Em todos os casos, deve-se realizar conferência de situação vacinal (especialmente cobertura ao tétano). A medicação antibiótica sistêmica é questionável, e deve considerar a saúde sistêmica, condição bucal e local do traumatismo.

Após a realização da contenção, o paciente deve ser orientado quanto a evitar participação em esportes de contato físico, ingerir dieta macia por até 2 semanas, escovar os dentes com escova macia e usar clorexidina 0,12% duas vezes ao dia por 2 semanas.

Se o tratamento endodôntico for indicado (período grande do dente fora do alvéolo), deve ser realizado em até 2 semanas. Dentes com rizogênese incompleta podem apresentar revascularização pulpar. O acompanhamento clínico e radiográfico de dentes avulsionados deve ser em duas semanas (no momento da remoção da contenção), 4 semanas, 8 semanas, 3 meses, 6 meses, 1 ano e anualmente por pelo menos 5 anos.

LINGUA INGLESIA

Questão 12

CHAVE DE RESPOSTA: A beneficência indica que o dentista tem a obrigação de agir em benefício do paciente em tempo hábil, mesmo quando possa haver conflitos com os interesses pessoais do dentista. Por sua vez, a não maleficência determina que o atendimento realizado não resulte em danos ao paciente. Nas situações em que o dentista não consegue atender às necessidades do paciente, o encaminhamento para um profissional capaz de fornecer os cuidados necessários são indicados.

Questão 13

CHAVE DE RESPOSTA: Os dentistas são responsáveis por suas condutas clínicas e decisões éticas, independentemente de quem detém a responsabilidade pelas decisões de negócios (financeiras). A responsabilidade final pela conformidade com as leis e regulamentos recai sobre a prática profissional. Assim, todos os pacientes devem receber atendimento odontológico consistente com os padrões morais, éticos e baseados em evidências de cuidados, independentemente do ambiente de cuidados.

A decisão do tratamento não deve ser influenciada por questões financeiras ou de natureza empresarial.

Questão 14

CHAVE DE RESPOSTA: Eles devem desempenhar um papel ativo na tomada de decisão junto com o profissional e devem ser informados sobre seus problemas médicos e dentários e opções de tratamento. O conhecimento baseado em evidências e as opções de tratamento estão evoluindo em um ritmo rápido. Como resultado, os pacientes/pais e os profissionais de saúde provedores estão buscando segundas opiniões para que mais decisões informadas (fundamentadas) baseadas nos riscos e benefícios possam ser tomadas para o tratamento. O profissional tem uma obrigação ética, quer seja sob demanda do paciente ou do novo profissional que está tratando o paciente para fornecer dados de registro (prontuário), incluindo radiografias ou cópias deles.

Questão 15

CHAVE DE RESPOSTA: O paciente/pai tem direito a uma segunda opinião e o profissional que é treinado e experiente em diagnosticar e tratar a condição é incentivado a fornecer a segunda opinião. Quando apresentados os pedidos de segunda opinião, os profissionais devem considerar as implicações legais de tais pedidos. Pacientes/pais devem ser plenamente informados sobre o seu estado de saúde, sem menosprezar comentários sobre seu tratamento anterior ou provedor anterior.

Londrina, 01 de dezembro de 2024