CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
SELEÇÃO PÚBLICA – PROGRAMA DE RESIDÊNCIA - 2027/1

EDITAL COREMU R0014/2026

RESIDÊNCIA DE ODONTOLOGIA

PROVA APLICADA EM 01/11/2026

GABARITO PROVISÓRIO

PROVA GERAL DE ODONTOLOGIA E SAÚDE

Questão	Resposta	Questão	Resposta	Questão	Resposta	Questão	Resposta
1	**B**	11	**E**	21	**E**	31	**B**
2	**C**	12	**A**	22	**D**	32	**D**
3	**E**	13	**C**	23	**E**	33	**A**
4	**C**	14	**D**	24	**A**	34	**E**
5	**A**	15	**A**	25	**E**	35	**C**
6	**A**	16	**B**	26	**C**	36	**E**
7	**B**	17	**B**	27	**A**	37	**C**
8	**E**	18	**A**	28	**D**	38	**D**
9	**D**	19	**D**	29	**C**	39	**C**
10	**E**	20	**C**	30	**E**	40	**B**

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL

1- B
2- B
3- C
4- B
5- B
6- E
7- B
8- E
9- C
10- A
11- B
12- B
13- C
14- C
15- B
16- D
17- B
18- D
19- C
20- E
21- C
22- D
23- E
24- D
25- E

QUESTÕES DISCURSIVAS – RESPOSTAS ESPERADAS - CTBMF

Questão 01:
Discorrer brevemente sobre estas categorias:
a) Fatores relacionados aos medicamentos utilizados
- Classe do fármaco: antirreabsortivos, gentes antiangiogênicos..
- Potência e via de administração, uso combinado
- Duração do tratamento

b) Fatores sistêmicos do paciente
- Doenças de base

- Comorbidades
- Hábitos deletérios
- Medicamentos concomitantes

c) Fatores locais predisponentes

- Cirurgia bucal
- Infecções e inflamações, sistemas protéticos, implantes dentários
- Trauma local crônico
- Osso acometido: maxila x mandíbula

Questão 02:

2.A

Sistema de fixação interna: interação entre parafusos, placas e tecido ósseo. Em CTBMF: especificação do sistema dita a área de sua aplicação e seu objetivo, como suporte ou compartilhamento de carga.

O sistema de fixação interna é definido pela dimensão externa do corpo do parafuso. Ex.: 2.0 parafuso convencional possui 2,0mm de diâmetro externo do corpo do parafuso.

As placas são manufaturadas para atender a capacidade mecânica e especificações do parafuso a ser instalado. Ex.: Sistema 2.0 - placas para emprego com parafusos do sistema 2.0, parafusos que por sua vez possuem 2,0 mm de diâmetro externo do corpo do parafuso.

2.B

Acesso transbucal

Vantagens: cicatriz em pele menor com favorecimento da estética facial. Menor tempo cirúrgico com cirurgião treinado e em fraturas favoráveis, considerando o menor tempo para acesso e menor tempo para fechamento do acesso. Menor possibilidade de lesões ao nervo facial.

Desvantagens: curva de treinamento com necessidade de técnica cirúrgica mais evoluída para a eficaz aplicação do sistema de fixação. Visão dificultada da fratura com campo geralmente mais restrito. Elevada dificuldade técnica em fraturas cominutas ou com fragmentos que envolva necessidade de instalação de sistema de reconstrução com placas longas.

Sim. É possível realizar o tratamento com acesso intrabucal somente, aplicando-se a técnica de redução e fixação estável em linha de tensão (linha oblíqua mandibular) como na técnica clássica descrita por Champy.

2.C

Estabilização biomecânica das linhas de tensão e compressão por meio de fixação interna estável. Instalação de aparelho de contenção (Barra de Erich). Acesso intrabucal mandibular posterior em mucosa bucal vestibular. Descolamento subperiosteal, Redução da fratura mandibular. Bloqueio maxilo-mandibular. Instalação de fixação interna estável em banda de tensão por meio de placa reta 4 ou 6 elos e parafusos do sistema 2.0 monocorticais (qualquer tipo). Acesso transbucal e instalação de trocater. Instalação de sistema de fixação interna estável em banda de compressão, abaixo do trajeto do nervo alveolar inferior, por meio de placa reta 4 elos e parafusos do sistema 2.0 bicorticais posicionais. Retirada do trocater, retirada do bloqueio maxilo-mandibular, verificação da oclusão dentária. Sutura por planos.

Desenho que represente a área anatômica mandibular, a fratura e as placas com parafusos instalados em posições adequadas.

Questão 03-A

Face longa com terço médio e inferior alongados, deficiência transversa maxilar, geralmente com excesso vertical de maxila e incompetência labial em repouso

associados. Face cansada ou olhar cansado. Hipotonia da musculatura perioral ou ausência de tonicidade do lábio inferior. Baixo fluxo nasal ou alteração anatômica nasal por constricção/afilamento. Alteração da postura corporal com protrusão mandibular e alteração cervical e/ou de coluna para favorecimento da via aérea.

Palato ogival com má-oclusão dentária, geralmente Classe II de Angle, geralmente mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior, apinhamento dentário, muitas vezes acompanhada por inflamação gengival crônica devido a falta de selamento labial. Alteração postural lingual. Alterações inflamatórias sinusais e/ou faringeas de origem anatômica-postural, geralmente associada a infecções de repetição.

Questão 03-B

Prevalência da mordida cruzada posterior em uma simulação livre de relação adequada de caninos.

Medir as relações oclusais de molares (diversas, a indicar qual foi utilizada) entre os arcos maxilar e mandibular, preferencialmente levando-se em consideração a descompensação lingual e palatina da inclinação dos dentes posteriores.

O tratamento no adulto envolve as técnicas de distração osteogênica palatina por meio de osteotomias e distratores/disjuntores tipo Hyrax ou palatinos. Indicar uma técnica válida e clássica descrita na literatura sugerida, como por exemplo a expansão rápida da maxila cirurgicamente assistida ou suas variáveis.

Questão 04- A

Que há um desarranjo interno articular por deslocamento do disco articular.

Deslocamento anterior do disco articular com redução (clique).

Ressonância nuclear magnética de ATM sem contraste.

Questão 04-B

Deslocamento do disco articular lado direito com redução evoluiu para um deslocamento do disco articular sem redução. Houve um travamento em boca fechada em virtude do deslocamento anterior do disco articular.

Deslocamento anterior do disco articular sem redução com luxação de ATM boca fechada (ou qualquer nomenclatura similar). Pode ser realizado manobras de fisioterapia para recaptura do disco, associada ou não a medicação relaxante muscular ou mesmo anestesia/artrocentese da ATM. Eleger diretamente a cirurgia para reposicionamento discal, sem manobras clínicas ou menos invasivas não é a primeira escolha, porém pode ser considerada na resposta a depender do contexto.

Questão 05

1) Corneto nasal inferior direito
2) Nervo óptico lado direito
3) Músculo reto medial direito
4) Seio etmoidal direito
5) Crista Galli ou crista etmoidal
6) Corneto nasal superior esquerdo
7) Globo ocular esquerdo
8) Conduto do nervo infra-orbitário esquerdo
9) Músculo masseter esquerdo
10) Óstio de drenagem do seio maxilar esquerdo (pérveo).

DENTÍSTICA

Prova Específica de Dentística

Questão	Resposta	Questão	Resposta	Questão	Resposta	Questão	Resposta
1	C	6	A	11	C	16	A
2	A	7	B	12	A	17	B
3	E	8	B	13	E	18	E
4	B	9	E	14	B	19	B
5	D	10	C	15	D	20	D

Dentística - língua Inglesa

Questão	Resposta	Questão	Resposta	Questão	Resposta	Questão	Resposta
21	B	22	C	23	B	24	C
25	D	-	-	-	-	-	-

ESTOMATOLOGIA

Prova Específica de Estomatologia

Questão	Resposta	Questão	Resposta	Questão	Resposta	Questão	Resposta
1	**B**	6	**D**	11	**C**	16	**E**
2	**C**	7	**C**	12	**A**	17	**A**
3	**E**	8	**E**	13	**E**	18	**C**
4	**A**	9	**B**	14	**D**	19	**A**
5	**B**	10	**A**	15	**D**	20	**B**

Respostas Esperadas - Questões Discursivas e da Língua Inglesa de Estomatologia

Questão 21

A) (0,6) Anemia microcítica e hipocrômica (redução de hemácias, hematócrito e hemoglobina, com VCM, HCM e CHCM baixos). A anemia explica a fadiga e a sonolência; a despapilação com ardência corresponde à glossite atrófica, manifestação bucal da anemia.

B) (0,4) Anemia ferropriva (anemia por deficiência de ferro), com glossite atrófica como manifestação bucal. O hemograma sozinho não confirma a deficiência de ferro: a confirmação depende de ferro sérico e ferritina baixos e da capacidade total de ligação do ferro aumentada.

Questão 22

A) (0,6) Neoplasia benigna de glândula salivar menor (por exemplo, adenoma pleomórfico) e neoplasia maligna de glândula salivar menor (por exemplo, carcinoma mucoepidermoide, carcinoma adenoide cístico, adenocarcinoma polimorfo).

B) (0,4) Biópsia incisional, porque a lesão é suspeita de neoplasia de glândula salivar menor no palato, local em que cerca de metade dessas neoplasias é maligna, e porque tem mais de 2 cm. A remoção completa deve esperar o diagnóstico, que define a margem cirúrgica.

Questão 23

A) (0,6) Pênfigo vulgar, penfigoide das membranas mucosas e líquen plano erosivo.

B) (0,2) Gengivite descamativa.

C) (0,2) Biopsiar mucosa perilesional, com epitélio íntegro, evitando o centro da úlcera ou da erosão, onde o epitélio se solta e a junção entre epitélio e conjuntivo se perde.

ODONTOPEDIATRIA

QUESTÕES ESPECÍFICAS

CHAVE DE RESPOSTA QUESTÃO 1:

a) Classificação dos cistos de inclusão segundo Fromm:
- Pérolas de Epstein: remanescentes de tecido epitelial incluídos ao longo da rafe mediana do palato durante a etapa de crescimento fetal.
- Nódulos de Bohn: remanescentes de tecido de glândulas mucosas, encontrados sobre os rodetes gengivais, nas regiões vestibular e/ou lingual, assim como no palato, distantes da rafe mediana.
- Cistos da lâmina dentária: localizados nas cristas dentárias da maxila e da mandíbula; sua origem remonta aos restos celulares da lâmina dentária.

b) Conduta clínica:
A conduta indicada consiste no esclarecimento e na tranquilização dos responsáveis, associados ao acompanhamento clínico, já que a regressão dessas anomalias do desenvolvimento ocorre em poucas semanas. A excisão cirúrgica ou a drenagem do conteúdo cístico somente está indicada quando houver dúvida diagnóstica, para confirmação histopatológica, ou quando o tamanho dos cistos interferir no aleitamento materno.

CHAVE DE RESPOSTA QUESTÃO 2:

a) Técnicas anestésicas indicadas e cuidados:
Anestesia tópica (superficial): aplicação do anestésico — preferencialmente na formulação em gel — no local da punção, em fundo de saco da região dos dentes anteriores superiores a serem extraídos. Cuidados: aplicar sobre a mucosa seca e pelo tempo suficiente, conforme as instruções do fabricante e a composição do material utilizado.
Anestesia infiltrativa vestibular: indicada para a extração de dentes parcialmente irrompidos; o sal anestésico é infiltrado o mais próximo possível do osso alveolar, na direção do ápice dos dentes a serem anestesiados. Cuidados: tracionar adequadamente o lábio, direcionar o bisel da agulha para a estrutura óssea e realizar a injeção do líquido anestésico de forma lenta e gradual.
Anestesia transpapilar: inserção lenta e progressiva da agulha, com infiltração do anestésico na papila marginal, da região vestibular para a palatina. Dessa maneira, a papila marginal palatina fica anestesiada, permitindo complementar a anestesia com a punção na região palatina e reduzindo consideravelmente a sintomatologia dolorosa.
Bloqueio do nervo nasopalatino (técnica do forame incisivo): após a isquemia da papila gengival, causada pela infiltração pela via vestibular, procede-se à punção diretamente no palato, na região da papila incisiva, para anestesiar o nervo nasopalatino.
Quando os dois mesiodens estiverem localizados em regiões diferentes da maxila, como no caso descrito, é importante que ambos os lados estejam adequadamente anestesiados, já que as inervações dos dentes e da maxila são independentes.

b) Planejamento da quantidade de anestésico (lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000):
Doses máximas de referência: 4,4 mg de cloridrato de lidocaína por kg de peso e 0,2 mg de epinefrina por procedimento. Cada tubete (cartucho) contém 1,8 ml.
Lidocaína por tubete: a solução a 2% corresponde a 20 mg/ml; portanto, 1,8 ml × 20 mg/ml = 36 mg de lidocaína por tubete.
Dose máxima para a criança: 4,4 mg/kg × 29 kg = 127,6 mg de lidocaína.
Número de tubetes: 127,6 mg ÷ 36 mg ≈ 3,54 tubetes (dose máxima).
Epinefrina por tubete: na concentração 1:100.000 (0,01 mg/ml), cada tubete contém 1,8 ml × 0,01 mg/ml = 0,018 mg. Para atingir a dose máxima de 0,2 mg, seriam necessários 0,2 mg ÷ 0,018 mg ≈ 11,1 tubetes.
Conclusão: o fator limitante é a lidocaína — a criança pode receber no máximo cerca de 3,5 tubetes; na prática, admitem-se 3 tubetes completos (108 mg), mantendo margem de segurança.

CHAVE DE RESPOSTA QUESTÃO 3:

a) Luxação intrusiva do dente 61.

b) A conduta imediata compreende primeiramente a avaliação clínica e radiográfica. As técnicas radiográficas indicadas são a radiografia periapical (técnica do paralelismo ou bissetriz) ou a radiografia oclusal (técnica modificada), complementadas pela radiografia lateral de nariz (Andreasen/Fazzi), útil para determinar a direção do deslocamento radicular em relação ao germe do dente permanente.
O caso descrito apresenta intrusão parcial da coroa, ausência de mobilidade, leve deslocamento radicular em direção palatina, e ausência de sinais de fratura radicular ou do osso alveolar. Embora o deslocamento aponte para o germe do sucessor, a IADT (2020) não recomenda mais a extração nessa situação: com base nas evidências de reerupção espontânea dos decíduos intruídos, recomenda-se aguardar a reerupção espontânea do dente, sem reposicionamento ativo, com monitoramento do dente permanente.
Os responsáveis devem ser orientados a remover hábitos de sucção e a evitar alimentos ou hábitos que traumatizem o dente afetado (não morder com o dente intruído). Para auxiliar no controle da placa e na cicatrização gengival, a higiene dentária deve ser realizada com escova extra macia ou com hastes de algodão embebidas em solução de clorexidina 0,12% sem álcool, duas vezes ao dia, durante uma semana. Deve-se ainda explicar a importância dos retornos programados, alertar para a possibilidade de sequelas na dentição decídua e na permanente e orientar o retorno imediato em caso de dor ou outra complicação.

c) O acompanhamento clínico é recomendado após 1 semana, 6 a 8 semanas, 6 meses e 1 ano; nos casos de intrusão severa, indica-se ainda reavaliação aos 6 anos de idade, para monitorar a erupção do dente permanente sucessor. O exame radiográfico de acompanhamento é indicado se houver sinais clínicos sugestivos de alteração patológica. Os sinais de complicação que podem ser observados incluem: alteração de cor; dor; abscesso ou fístula; desenvolvimento de lesão periapical; reabsorção radicular patológica do dente afetado (reabsorção interna, externa ou ambas); aumento da mobilidade; anquilose; alteração na reabsorção radicular fisiológica esperada para a faixa etária; impacto na erupção e/ou formação do dente permanente sucessor.

CHAVE DE RESPOSTA QUESTÃO 4:

A formação de lesões de cárie está associada à exposição frequente a açúcares da dieta e a progressão dessas lesões será tão mais rápida quanto mais agressivo for o desafio cariogênico, que dependem de fatores como:
- Maturação do biofilme: biofilmes maduros formados sob exposição contínua a açúcares fermentáveis são mais cariogênicos do que biofilmes jovens.
- Frequência de exposição diária do biofilme a açúcares fermentáveis: quanto maior a frequência, mais rapidamente as lesões de cárie se tornam visíveis.
- Acesso e fluxo salivar: regiões com menor acesso à saliva – como a região anterior da maxila-, sobretudo em crianças com hábito de sucção de mamadeira ou com redução patológica do fluxo salivar, apresentando quadros de cárie rampante.
- Acesso aos fluoretos: a presença de fluoreto nos fluidos bucais interfere no equilíbrio desmineralização/remineralização, reduzindo a velocidade de progressão das lesões.

Assim, dependendo da intensidade do desafio cariogênico e da proteção proporcionada pela saliva e pelo fluoreto, as lesões podem progredir rapidamente e se tornar visíveis em semanas ou meses (padrão C), progredir de forma intermediária (padrão B) ou permanecer subclínicas durante toda a vida do indivíduo (padrão A).

CHAVE DE RESPOSTA QUESTÃO 5:

O diagnóstico da HMI baseia-se na avaliação clínica dos defeitos qualitativos do esmalte. A classificação em três níveis de severidade segue a tabela de estratégias de manejo da diretriz da AAPD (2025).

a) Critérios clínicos de classificação:
HMI leve: opacidades demarcadas ou isoladas, sem perda pós eruptiva significativa do esmalte; localizadas em áreas fora da oclusão funcional; ausência de cárie; sensibilidade normal.
HMI moderada: opacidades demarcadas; restaurações atípicas; cárie limitada ou perda pós-eruptiva sem envolvimento de cúspides; sensibilidade normal a leve.
HMI severa: perda pós eruptiva do esmalte rápida e extensa; cárie associada; sensibilidade dentária; comprometimento estético e/ou funcional; restaurações atípicas ou destruição coronária significativa

b) Tratamento por nível de severidade:
HMI leve: conduta prioritariamente preventiva e de acompanhamento — identificação de fatores de risco, orientação de higiene e dieta, dentifrício fluoretado, aplicações tópicas de fluoreto, agentes remineralizadores e diamino fluoreto de prata (DFP), selantes de fossas e fissuras quando houver condições adequadas de erupção e isolamento, e revisão periódica semestral. Nos incisivos, geralmente não há necessidade de intervenção; diante de demanda estética, indicam-se abordagens minimamente invasivas — microabrasão, infiltração resinosa, clareamento.
HMI moderada: medidas preventivas associadas ao manejo da hipersensibilidade (agentes dessensibilizantes); selantes; cimento de ionômero de vidro como restauração

provisória/intermediária ou substituto dentinário; e restaurações adesivas com resina composta, conforme extensão do defeito, qualidade das margens e possibilidade de isolamento. Nos incisivos: microabrasão, clareamento, infiltração resinosa e restaurações com resina composta, conforme profundidade, extensão e coloração da opacidade.
HMI severa: O tratamento deve ser individualizado e pode envolver restaurações de maior extensão e restaurações indiretas, incluindo coroas pré-formadas de aço em molares, além de outras modalidades restauradoras definitivas conforme idade, estágio de erupção e quantidade de estrutura remanescente. Nos primeiros molares permanentes com prognóstico desfavorável, a extração planejada pode ser considerada. A decisão deve levar em conta idade dentária, estágio de desenvolvimento e posição do segundo molar permanente, condição dos demais dentes, oclusão e necessidade de tratamento ortodôntico, sendo recomendável planejamento conjunto com a ortodontia. A evidência atual desaconselha extrações compensatórias rotineiras de molares hígidos. O controle periódico deve ocorrer a cada 3 a 6 meses. Nos incisivos: microabrasão, clareamento, infiltração resinosa, restaurações com resina composta ou facetas.

CHAVE DE RESPOSTA QUESTÃO 6:

A oclusão dinâmica avalia também a relação dos dentes durante os movimentos de lateralidade, por meio dos chamados Ângulos Funcionais Mastigatórios (AFMP), descritos por Pedro Planas.

a) Definição e verificação clínica:
O AFMP é a trajetória executada pela mandíbula durante os movimentos de lateralidade, partindo da oclusão funcional, com deslizamento lento e relaxado dos dentes para a direita e para a esquerda. O ângulo é medido ou visualizado na região anterior (incisivos inferiores) e, na região dos caninos e molares, por meio do deslizamento e da desoclusão posteriores.
Embora o movimento seja uma simulação no sentido inverso ao que a mandíbula realiza durante o ato mastigatório, ele permite visualizar a trajetória mandibular na lateralidade, verificar a existência de interferências dentárias nessa excursão e avaliar o espaço interdental do lado de não trabalho — ou seja, possibilita avaliar a situação do plano oclusal durante o movimento.

b) AFMP favorável e benefícios:
Os AFMP favoráveis são aqueles que permitem movimentos de lateralidade horizontais, rápidos e espontâneos durante a mastigação. Do lado de trabalho, as forças mastigatórias distribuem-se igualmente por todos os dentes, o que favorece o periodonto e estimula o crescimento ósseo alveolar.

CHAVE DE RESPOSTA QUESTÃO 7:

As técnicas de abordagem auxiliam o profissional, mas requerem, além do conhecimento, determinadas habilidades em comunicação, empatia, treinamento e capacidade de escuta. A opção pelas técnicas de abordagem do comportamento irá variar de acordo com o

critério do profissional, que deve considerar fatores observados durante a anamnese, como a idade e o comportamento da criança e a aceitação dos pais.

- Falar-mostrar-fazer (tell-show-do): técnica baseada na familiarização gradual da criança com o ambiente odontológico e com o procedimento a ser realizado. A finalidade é reduzir o medo e a ansiedade provocados pelo desconhecido e favorecer a colaboração da criança, além de ajudar a criança a se habituar aos barulhos dos aparelhos, através da aproximação gradual destes. A técnica do falar-mostrar-fazer requer do cirurgião-dentista habilidade na comunicação verbal e não verbal.

A sequência compreende três etapas:

Falar: o profissional explica à criança o que será realizado, em linguagem simples, clara e adequada à idade, evitando termos que possam gerar medo ou ansiedade;

Mostrar: o profissional demonstra o procedimento, o instrumento ou o equipamento, permitindo que a criança o veja e, quando apropriado, conheça suas características — visuais, auditivas e táteis — antes de utilizá-lo na criança. Pode ser feita junto com a técnica da modelagem.

Fazer: somente depois de explicar e demonstrar, o profissional realiza o procedimento, conforme previamente apresentado.

- Distração: técnica que desvia temporariamente a atenção da criança de um estímulo potencialmente desagradável, desconfortável ou causador de ansiedade, direcionando-a para outro estímulo mais agradável ou interessante — como contar histórias, ouvir música com fones ou assistir a vídeos. O objetivo é reduzir a percepção de desconforto e favorecer a colaboração durante o atendimento odontológico.

- Reforço positivo: técnica que consiste em recompensar o paciente por comportamentos desejáveis, com o objetivo de aumentar a probabilidade de sua recorrência. O reforço pode ser social (elogios, sorrisos, demonstrações de aprovação) ou material (adesivos, pequenos brindes, recompensas simbólicas). O reforço positivo deve ser realizado imediatamente após a atitude desejada para que a criança identifique claramente qual é o tipo de comportamento almejado.

- Modelagem: exposição do paciente a um ou mais indivíduos (ou bonecos/pelúcias) que tenham comportamento adequado para demonstrar os procedimentos que serão realizados. É uma técnica muito utilizada juntamente com o falar-mostrar-fazer. Através da observação, a criança é capaz de aprender padrões de comportamento novos e adequados.

- Comunicação: toda a gestão comportamental do paciente se dá através da comunicação verbal e não verbal. A comunicação verbal na primeira infância deve sempre utilizar um tom de voz suave e alegre. A comunicação não verbal guia o comportamento através do contato, da postura e da expressão facial, e é estabelecida através de sorriso, simpatia, amabilidade e entendimento

- Uso do espelho facial: permitir que a criança segure um espelho de mão enquanto o dentista trabalha aumenta sua capacidade de participar ativamente do tratamento e pode reforçar o comportamento positivo.

CHAVE DE RESPOSTA QUESTÃO 8:

a) O diagnóstico da situação clínica apresentada é de necrose pulpar do dente 84 (primeiro molar decíduo inferior direito), associada a abscesso apical crônico com drenagem por fístula. Esse diagnóstico é justificado pela ausência de sintomatologia dolorosa, compatível com polpa necrosada, associada à fístula adjacente ao dente, que indica drenagem crônica do processo infeccioso periapical, confirmando o comprometimento pulpar total. Além disso, achados radiográficos de lesão periapical (área radiolúcida) e reabsorção radicular patológica do dente envolvido, evidenciam o processo infeccioso em atividade.

O tratamento indicado é a pulpectomia, seguida de restauração coronária. A pulpectomia é o tratamento de escolha, pois há comprometimento pulpar do dente 84 com presença de fístula, o germe do dente sucessor não está comprometido e o remanescente coronário é restaurável, garantindo função e mantença de espaço até a esfoliação fisiológica.

b) Sequência operatória da pulpectomia do dente 84

1. Radiografia inicial: preferencialmente periapical, com película n. 0 e uso de posicionador radiográfico sempre que possível, para evitar distorções e reduzir exposições radiográficas repetidas.
2. Anestesia: tópica, seguida de bloqueio regional do nervo alveolar inferior, com complementação do nervo bucal.
3. Isolamento absoluto do campo operatório: grampos 14, 26, 206, 207, 208 e 209, sempre amarrados com fio dental fixado ao dedo do operador. O arco e o material devem proporcionar bom campo de trabalho, conforme o dente e a habilidade do operador. Materiais complementares: pinça porta-grampo, perfurador de dique, dique de borracha, lubrificante hidrossolúvel, fio dental para amarrilhos, barreira gengival e fotopolimerizador.
4. Remoção do tecido cariado e acesso à câmara pulpar: brocas esféricas em baixa rotação (n. 2, 4, 6), conforme o tamanho da cavidade. O acesso à câmara é feito com brocas esféricas em alta rotação (1012, 1013, 1014, 1016), com ponto de eleição no centro da face oclusal, direcionado ao canal mais volumoso. A remoção do teto da câmara e os desgastes de conveniência são realizados com broca de ponta inativa (tipo Endo Z). O contorno de acesso em primeiros molares inferiores decíduos é retangular, em função dos dois canais mesiais e de um canal distal achatado.
5. Odontometria: comprimento de trabalho = comprimento aparente do dente na radiografia inicial menos 1 a 2 mm.
6. Preparo químico-mecânico: etapa de modelagem e sanificação dos canais, visando canal anatômico e cônico que facilite a obturação. Deve promover desbridamento efetivo, remoção de restos pulpares e do conteúdo tóxico dos condutos, sem enfraquecer a estrutura dental. O irrigador ideal é antibacteriano, capaz de dissolver tecido necrótico e atóxico aos tecidos periapicais — preconiza-se irrigação

abundante a cada troca de instrumento. Opções: hipoclorito de sódio 0,5% a 2,5% ou gel de clorexidina 2%.

7. Instrumentação: identifica-se a lima inicial (primeira a entrar justa no canal) e inicia-se a limagem — introdução, pressão contra as paredes e remoção. Em polpa necrosada, utiliza-se a lima inicial mais duas ou três limas subsequentes, pois quanto maior a dilatação do terço apical, maior a remoção de microrganismos. A cada troca de lima, o canal é preenchido com solução irrigadora.
8. Remoção da *smear layer*: após a instrumentação dos canais, é indicado a aplicação de substâncias quelantes — EDTA 17% por 3 minutos ou ácido cítrico 6% por 1 minuto para adequado saneamento dos canais.
9. Irrigação final com soro fisiológico 0,9%.
10. Secagem dos canais com cones de papel absorventes.
11. Obturação dos canais radiculares: com materiais reabsorvíveis e biocompatíveis, como pastas à base de iodofórmio (ex.: pasta Guedes-Pinto), à base de hidróxido de cálcio ou óxido de zinco-eugenol.
12. Radiografia final: avaliar o correto preenchimento dos condutos.
13. Restauração coronária: com ionômero de vidro ou resina composta (ou coroa de aço, conforme a extensão do remanescente), restabelecendo função e mantença de espaço.
14. Acompanhamento: radiografias periódicas para avaliar o sucesso do tratamento (reabsorção gradual da pasta, ausência de fístula e reabsorção radicular fisiológica normal).

CHAVE DE RESPOSTA – QUESTÃO 9

As alterações bucais mais comuns em pacientes com PC incluem:

- Cárie dentária (alto índice): decorre da falta de coordenação nos movimentos de higienização e da dependência de cuidadores — nem sempre conscientizados e dedicados à escovação. A disfunção dos músculos de mastigação e deglutição agrava o quadro, e dietas ricas em carboidratos e de consistência mole aumentam o risco.
- Gengivite e doença periodontal: provocadas pelos mesmos fatores da cárie (higiene deficitária e disfunção da musculatura orofacial), com incidência maior em crianças acima de 5 anos de idade; a médio e longo prazo, podem levar à perda de dentes.
- Hipoplasia de esmalte: maior incidência na dentição decídua, sobretudo em pacientes com histórico de prematuridade ou hiper bilirrubinemia.
- Hiperplasia gengival: em pacientes com epilepsia associada, ocorre a hiperplasia gengival induzida por fenitoína/hidantoína. O medicamento, por si só, não provoca o quadro: o biofilme deve estar presente para que a hiperplasia se manifeste.
- Maloclusão: alto índice, em razão das alterações musculares e da respiração bucal.
- Alterações salivares: a musculatura orofacial hipotônica, associada à respiração bucal e à deglutição ineficaz, compromete o controle da saliva — podendo ocasionar em babação - *drooling* (acúmulo e escape de saliva, sem aumento da produção), ou com sensação de boca seca, o que eleva o risco de cárie e doença periodontal.
- Traumatismos de tecidos moles: ocasionados por contrações musculares involuntárias e pela maloclusão.

- Bruxismo: mais frequente nos tipos espástico e atetoide de PC (hipertonia dos músculos), com desgaste importante das faces oclusais dos dentes posteriores.
- Perda precoce de dentes: consequência das alterações anteriores, determina prejuízos mastigatórios, fonéticos e respiratórios.

CHAVE DE RESPOSTA QUESTÃO 10

a) Para obtenção de uma imagem dos dentes 52, 51, 61 e 62, em uma criança de 3 anos é indicada a técnica periapical anterior modificada (oclusal).

b) O paciente deve estar sentado na cadeira odontológica de forma que o plano oclusal fique paralelo ao solo e o plano sagital mediano perpendicular ao solo. A técnica deve ser realizada utilizando-se filme radiográfico nº 2 (adulto) e não filme infantil nº 0. O filme deve ser posicionado no sentido transversal em relação ao eixo sagital mediano, sendo que a face sensível deve estar voltada para a arcada superior. O cilindro de raio x deve ser direcionado para a ponta do nariz, com angulação vertical entre 65° e 90°.

PROVA DE PROFICIÊNCIA EM INGLÊS
ODONTOPEDIATRIA

CHAVE DE RESPOSTA QUESTÃO 1

Para um dente com cárie profunda e barreira dentinária radiograficamente distinta, o fluxograma indica, inicialmente, hipótese de diagnóstico baseado na sintomatologia relatada, seguido de remoção seletiva de tecido cariado.

A sintomatologia relatada pelo paciente indica que pacientes sem relato de dor espontânea, com possibilidade de dor provocada, que reagem positivamente a testes de sensibilidade pulpar (testes térmicos ou elétricos), com aspecto de normalidade periapical na imagem radiográfica apresentam tecido pulpar sem alterações ou quadro de pulpite reversível, indicando bom prognóstico para o tratamento odontológico conservador.

Após a remoção seletiva do tecido cariado, se não houver exposição pulpar, indica-se o tratamento pulpar indireto, com preferência para o uso de cimento de silicato de cálcio (materiais biocerâmicos), hidróxido de cálcio ou ionômero de vidro, seguido de restauração dentária com boa vedação.

Se, durante a remoção do tecido cariado houver exposição pulpar, segue-se a remoção não seletiva (completa) de cárie, com avaliação do sangramento da polpa. No caso de controle do sangramento pulpar, a indicação é de proteção pulpar direta, pulpotomia parcial ou pulpotomia total, preferencialmente com a utilização de cimento de silicato de cálcio, seguido de restauração dentária com boa vedação. Caso não seja possível o controle do sangramento pulpar, o tratamento endodôntico será necessário, e a técnica a ser escolhida dependerá da condição da formação radicular.

CHAVE DE RESPOSTA – QUESTÃO 2

O material indicado para a irrigação nos casos de capeamento pulpar direto é o hipoclorito de sódio (NaOCl), que pode ser utilizado tanto na irrigação quanto em bolinhas de algodão embebidos nessa solução.

O uso dessa substância é justificado pelo sucesso clínico e radiográfico comparado com a utilização de soro fisiológico (em revisão sistemática o sucesso do capeamento pulpar direto em acompanhamento de 36 a 42 meses foi 83%, comparado com 67% quando utilizado soro fisiológico; P = 0,02).

O NaOCl atua na desinfecção e na obtenção da hemostasia pulpar, condições necessárias para o sucesso do capeamento pulpar direto.

PERIODONTIA

PROVA ESPECÍFICA

Questão	Resposta	Questão	Resposta	Questão	Resposta	Questão	Resposta
1	A	4	C	7	B	10	B
2	B	5	C	8	B		
3	B	6	C	9	A		

11. A - Periodontite estágio 3 grau C generalizada

11.B - 1,13 ou 1,14

12.

Para recessões múltiplas RT1, a escolha entre MCAF e MCAT deve considerar inicialmente a quantidade de tecido queratinizado lateral (LKT) e, quando esta for adequada, a dimensão da base da papila interdental. Posteriormente, as características do fenótipo periodontal orientam a necessidade de associação do ETC.

1. Avaliação do tecido queratinizado lateral (LKT)

O LKT corresponde à quantidade de tecido queratinizado presente lateralmente à recessão, avaliada entre a região da papila e a linha mucogengival ou invaginações da mucosa/frênulos.

- LKT ≤ 2 mm: a técnica indicada é MCAT.
- LKT > 2 mm: deve-se avaliar a largura da base da papila interdental para decidir entre MCAF e MCAT.

2. Avaliação da base da papila quando LKT > 2 mm

- Base da papila ≥ 3 mm: indicação de MCAF, com ou sem ETC.
- Base da papila < 3 mm: indicação de MCAT, com ou sem ETC.

No MCAF, a papila é incisada e participa da estabilização coronária do retalho, necessitando apresentar dimensões suficientes para permitir uma dissecção em espessura parcial sem comprometer sua vascularização. No MCAT, não há essa dissecção da papila, o descolamento em espessura total permite maior preservação de sua vascularização, tornando a técnica particularmente interessante diante de papilas estreitas.

3. Fenótipo periodontal e decisão quanto ao ETC

Definida a técnica, deve-se avaliar principalmente a largura do tecido queratinizado (KTW) e a espessura gengival (GT) para determinar a necessidade e a extensão do ETC:

- KT > 2 mm em todos os sítios: MCAF ou MCAT, conforme os critérios anatômicos anteriores, sem necessidade de ETC segundo o algoritmo proposto.

• **Quando a KT estiver entre 1 e 2 mm, deve-se avaliar a GT. Na presença de fenótipo espesso e homogêneo, pode-se realizar MCAF ou MCAT sem ETC, conforme a técnica indicada para o caso. Quando houver fenótipo fino ou distribuição não homogênea do fenótipo, indica-se a aplicação seletiva de ETC associada ao MCAF ou MCAT.**

• **KT ≤ 1 mm de forma homogênea em todos os sítios: está indicada uma abordagem bilaminar, MCAF + ETC ou MCAT + ETC, de acordo com o desenho cirúrgico previamente selecionado.**

Prova de Proficiência em Inglês

1. A periodontite é uma condição inflamatória crônica, induzida pelo biofilme dentário, que não apenas leva à destruição progressiva das estruturas de suporte dos dentes, mas também é cada vez mais reconhecida como um fator que influencia a saúde sistêmica (Papapanou et al. 2018). Ela tem sido associada a diversas doenças extraorais, incluindo doenças cardiovasculares, diabetes, artrite reumatoide e desfechos adversos na gestação.
2. Endotoxemia é definida como a presença de lipopolissacarídeo (LPS) na corrente sanguínea.
3. O epitélio ulcerado no interior das bolsas periodontais, agravado pela estimulação mecânica durante atividades rotineiras, como a mastigação ou a escovação dentária, pode facilitar a translocação de endotoxinas bacterianas das áreas subgengivais para a circulação sistêmica (Vitkov et al. 2023). Além disso, patobiontes, como a *Porphyromonas gingivalis*, produzem LPS atípico com sub-acilacão e padrões de fosforilação alterados (Jiménez et al. 2022; Zhang et al. 2021), o que atenua o reconhecimento pelos receptores do tipo Toll (*Toll-like receptors*), permite escapar da vigilância imunológica e aumenta a passagem paracelular (Coats et al. 2009; Kroemer et al. 2024). Essas características tornam as bolsas periodontais inflamadas não apenas um problema localizado, mas também possíveis contribuintes para a carga sistêmica de endotoxinas.
4.

PRÓTESE DENTÁRIA

PROVA ESPECÍFICA

1. C
2. B
3.

- Dimensão vertical de oclusão;
- Forma do arco dental;
- Limite vestibular do arco;
- Curvas de compensação anteroposterior e vestíbulo lingual;
- Relação central e a posição de oclusão;
-Linhas de referência para seleção dos dentes.

4.

- Movimento de rotação sobre si mesma.
- Movimento de translação para linha mediana.
- Movimento de translação para cima

5. Grampo de retenção e conector maior.
6. D
7. Oclusão mutuamente protegida: os dentes posteriores suportam a maior parte das forças de fechamento (protegem os anteriores), enquanto os dentes anteriores (guia canina ou anterior) desocluem os posteriores durante os movimentos excursivos, protegendo-os de forças não axiais e reduzindo a atividade muscular.
   Oclusão balanceada bilateral: é necessário contato dentário em 3 pontos equidistante durante os movimentos de desoclusão para permitir estabilidade das próteses totais e/ou removíveis de extremidade livre. Na protusão um toque anterior e um posterior de cada lado e na lateralidade, 1 toque em canino do lado de trabalho e 1 toque posterior de cada lado (balanceio e trabalho).
8. C
9. A
10. B
11. D
12. A

PROVA DE LÍNGUA INGLESA — CHAVE DE RESPOSTA

PROTESE DENTÁRIA

Questão 1 (Abstract, p. S146) — 2,5 pontos
Resposta esperada
Os três objetivos declarados são: (1) demonstrar/ilustrar a importância dos fluxos de trabalho digitais na prótese contemporânea; (2) discutir os fluxos de trabalho digitais disponíveis nas diferentes áreas da prótese; e (3) explorar de que modo os avanços recentes da odontologia digital deverão moldar o futuro da prótese. Quanto ao fluxo universalmente aplicável, os autores afirmam que, embora a maior parte dos tratamentos protéticos já possa ser executada digitalmente, um fluxo de trabalho digital universalmente aplicável ainda não foi estabelecido.

Questão 2 (Seções 3, 3.1 e 3.2, p. S149-S151) — 2,5 pontos
Resposta esperada
Os três fluxos são: (1) fluxo laboratorial; (2) fluxo clínico (chairside); e (3) fluxo combinado clínico-laboratorial. O fluxo laboratorial é considerado “incompleto” porque a etapa clínica permanece convencional/analógica — o profissional realiza moldagem física, registro interoclusal e arco facial e envia esse material ao laboratório pelos meios convencionais —, de modo que a interação digital ocorre apenas no laboratório, onde moldes ou modelos são digitalizados indiretamente por escâner de bancada; o fluxo depende, portanto, do laboratório, e as vantagens clínicas do digital são perdidas. (Aceita-se também a definição literal do texto: fluxo “completo” é aquele que elimina a participação do laboratório, e “incompleto” o que dela depende.)
Duas limitações do fluxo chairside (bastam duas): apenas próteses unitárias e de espaço curto podem ser produzidas, em razão das pequenas dimensões do bloco de fresagem; a prótese só pode ser confeccionada em cerâmica monolítica ou polímero reforçado, não podendo ser modificada por estratificação/faceamento; próteses removíveis não podem ser confeccionadas nesse fluxo; a personalização estética é mínima pela ausência do técnico em prótese; nas próteses sobre implante, há restrição aos insertos metálicos pré-

fabricados disponíveis na biblioteca do software, com limitação para modificar o contorno do tecido peri-implantar e impossibilidade de pilares personalizados; e a efetividade depende do armamentário e da habilidade do clínico em executar sinterização, caracterização e glazeamento.

Questão 3 (Seção 3.3.1.1, p. S152) — 2,5 pontos
Resposta esperada
O intervalo citado é de 300 a 500 µm, correspondente aos valores-limite (threshold) considerados aceitáveis para a confecção de próteses removíveis convencionais — faixa dentro da qual a acurácia do IOS na mucosa inserida (attached mucosa) do rebordo alveolar e da região palatina é semelhante à das técnicas convencionais de moldagem. A limitação é a dificuldade dos sistemas de IOS em capturar com precisão o tecido móvel (mobile tissue) das regiões vestibulares e do assoalho bucal, o que impede seu uso como moldagem definitiva no fluxo digital para confecção de prótese total. Nessa situação, os autores consideram mais confiável a digitalização indireta do modelo por escâner de bancada ou o escaneamento (IOS) da moldagem convencional.

Questão 4 (Seção 4.3, p. S155) — 2,5 pontos
Resposta esperada
O risco apontado é o de uma postura passiva: a confiança excessiva na IA pode levar os profissionais a aceitar as avaliações geradas por ela sem analisá-las criticamente. Os autores lembram que essas tecnologias não devem substituir o pensamento crítico e o conhecimento especializado do profissional no cuidado ao paciente. O risco é especialmente preocupante em casos complexos, nos quais a IA pode não apreender plenamente a complexidade da condição individual do paciente. Como medida essencial, os autores defendem o desenvolvimento de sistemas regulatórios robustos que orientem o uso e a incorporação da IA à prática odontológica — estruturas que devem garantir que as ferramentas sejam não apenas confiáveis e eficazes, mas também eticamente utilizadas, protegendo o paciente de riscos potenciais e mantendo os mais altos padrões de tratamento. (Aceita-se também a menção à necessidade de diretrizes padronizadas, apontada no mesmo item diante da falta de consenso entre especialistas.)

RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA

Prova Específica

Questão	Resposta	Questão	Resposta
E01	B	E11	A
E02	D	E12	D
E03	A	E13	B
E04	E	E14	C
E05	C	E15	E
E06	B	E16	A
E07	D	E17	D
E08	A	E18	C
E09	E	E19	B
E10	C	E20	E

QUESTÕES DISCURSIVAS

RADIOLOGIA ODONTOLÓGIOCA E IMAGINOLOGIA

D1 Interpretação radiográfica do suporte periodontal

a) 0,25 ponto — Perda horizontal nas cristas aproximadamente paralelas à linha das junções cemento-esmalte (0,125); perda vertical/angular junto à face mesial do molar (0,125).
b) 0,25 ponto — Resposta inflamatória ao biofilme com mediadores que favorecem atividade osteoclástica/reabsorção (0,125); desequilíbrio em favor da reabsorção provoca redução do osso de suporte (0,125). Não exigir nomes de mediadores.
c) 0,25 ponto — A imagem representa tecidos mineralizados e não localiza diretamente o fundo da bolsa/inserção de tecidos moles (0,125); sondagem periodontal para medir profundidade e avaliar inserção clínica (0,125).
d) 0,25 ponto — Não permite afirmar progressão atual a partir de uma única série (0,125); registra perda acumulada, e progressão requer avaliação longitudinal integrada a dados clínicos (0,125). Sangramento no presente não data a perda óssea observada.
Referência de enquadramento: R3; R4; R5.

D2 Reparo ósseo em acompanhamento radiográfico

a) 0,25 ponto — Redução da extensão radiolúcida (0,125) e reaparecimento de trabeculado/mineralização periférica (0,125). Não aceitar restituição completa da lâmina dura, pois não foi observada.
b) 0,25 ponto — Redução do estímulo inflamatório diminui a sinalização que sustenta a reabsorção osteoclástica (0,125); formação osteoblástica e mineralização, associadas à remodelação, podem preencher o defeito ao longo do tempo (0,125). Não exigir marcador molecular específico.
c) 0,25 ponto — Duas condições, 0,125 cada: geometria/angulação reproduzível com posicionador; enquadramento e receptor comparáveis; exposição/processamento consistentes; condições de visualização comparáveis. Não duplicar o mesmo critério com palavras diferentes.
d) 0,25 ponto — Não comprova insucesso isoladamente (0,125); redução da lesão, trabeculação e ausência de sintomas favorecem reparo ainda incompleto, cuja tendência deve ser avaliada em acompanhamento clínico-radiográfico (0,125). Não estabelecer prazo universal de cura nem equiparar diminuição radiográfica a cura histológica completa.
Referência de enquadramento: R4; R5; R6.

D3 Interpretação de achado no seio maxilar

a) 0,25 ponto — Pseudocisto antral/de retenção ou lesão de retenção mucosa do seio maxilar (0,25). Aceitar cisto de retenção mucosa como hipótese; a panorâmica não diferencia de modo definitivo entidades com e sem revestimento epitelial.
b) 0,25 ponto — Dois achados, 0,125 cada: forma de cúpula; contorno liso; opacidade homogênea; implantação/projeção junto ao assoalho; ausência de destruição das paredes; restante do seio aerado. Não pontuar duas vezes a mesma característica.
c) 0,25 ponto — Não permite concluir etiologia odontogênica (0,125); faltam evidências de foco dentário infeccioso e o padrão descrito é compatível com alteração benigna de retenção, sem quadro clínico de sinusite (0,125). Não afirmar que ausência de sintomas exclui qualquer doença sinusal.
d) 0,25 ponto — A panorâmica superpõe estruturas de diferentes profundidades em uma imagem bidimensional (0,125); proximidade/sobreposição projetada não demonstra continuidade nem relação causal com o ápice (0,125).

Referência de enquadramento: R3; R4.

D4 Leitura radiográfica de reabsorções radiculares

a) 0,25 ponto — Reabsorção interna (0,125); alargamento regular centrado no canal com perda do contorno original no defeito (0,125).
b) 0,25 ponto — Reabsorção externa (0,125); defeito de superfície com traçado do canal ainda identificável através da radiolucidez (0,125).
c) 0,25 ponto — Interna inicia-se na superfície pulpar da dentina, expandindo a cavidade pulpar (0,125); externa inicia-se na superfície externa radicular, envolvendo cemento e depois dentina (0,125). Não exigir subtipos histológicos ou marcadores celulares.
d) 0,25 ponto — Não é possível concluir comunicação/perfuração apenas com os dados descritos (0,125); a projeção bidimensional e os sinais fornecidos não demonstram toda a extensão do defeito ou continuidade entre canal e superfície externa (0,125). Não pontuar indicação de tratamento sem essa justificativa.
Referência de enquadramento: R4; R5; R6.

Londrina, 01 de novembro de 2026