

**Nível: Superior**

**Área: Analista em Saúde/ Odontólogo Clínico Geral**

### **QUESTÃO 34**

#### **Situação: Improcedente**

##### **RECURSO:**

“Em relação a suplementação com flúor além de ser recomendada na forma tópica a pacientes com aparelhos ortodônticos é também recomendada de forma sistêmica a pacientes com necessidades especiais”.

“A literatura diz: Não tem sentido prescrever bochechos com soluções fluoretadas para pacientes com problemas de coordenação motora ou de deficiência mental.”

##### **JUSTIFICATIVA:**

A questão 34 pede que sobre a suplementação com flúor seja assinalada a alternativa CORRETA, e considera a alternativa “(A) É recomendável de forma sistêmica a todos os pacientes com necessidades especiais” como INCORRETA. Isso se justifica porque os níveis de flúor na água devem ser obtidos antes da indicação da suplementação sistêmica com flúor aos pacientes com necessidades especiais<sup>1</sup>. Diversos estudos sugerem: a suplementação sistêmica com flúor a um paciente que se encontra na faixa etária da odontogênese dos dentes permanentes e reside em uma área cuja água de abastecimento contém níveis ótimos ou excedentes de flúor<sup>1-6</sup> poderá causar fluorose dentária<sup>1-4</sup>. Por isso, o flúor para uso sistêmico tem sido cada vez mais substituído por medidas como aumento das concentrações de flúor nos cremes dentais, aplicação profissional regular de verniz fluoretado e aplicação de selantes de fossas e fissuras<sup>1</sup>.

Bochechos com soluções fluoretadas geralmente são utilizados nas concentrações de 0,05% de NaF (fluoreto de sódio) que equivalem a 225 ppm de íons flúor<sup>1</sup>, e também são consideradas formas de aplicação tópica de flúor<sup>1,7</sup>. Por isso, a suplementação sistêmica com flúor NÃO é recomendável a TODOS os pacientes com necessidades especiais, e a alternativa “A” da questão 34 está INCORRETA.

##### **Fontes Bibliográficas:**

- 1- HEASMAN, P. Master Dentistry Vol.2: Restorative Dentistry, Paediatric Dentistry and Orthodontics. 3rd edition. Edinburg, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto. Ed. ELSEVIER, 2013, pp.199, 200, 222.
- 2- CANGUSSU, M.C.T.; NARVAI, P.C.; FERNANDEZ, R.C.; DJEHIZIAN, V. A fluorose dentária no Brasil: uma revisão crítica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-15, 2002.
- 3- CAPELLA, L. F.; CARCERERI, D. L. et al. Ocorrências de fluorose endêmica. Revista Gaúcha de Odontologia, Porto Alegre, v. 37, n. 5, p. 371 – 375, set/out, 1989.
- 4- VELÁSQUEZ, L. M. N.; FANTINEL, L. M.; FERREIRA e FERREIRA, E.; CASTILLO, L. Silva de; UHLEIN, A.; VARGAS, A. M. D.; ARANHA, P. R. A. Fluorose dentária e anomalias de flúor na água subterrânea no município de São Francisco, Minas Gerais, Brasil. Geologia Médica, Caderno nº17, São Paulo, 2005, 2006. 220p.
- 5- MARIMON, M. P. C. O flúor nas águas subterrâneas da formação Santa Maria, na região de Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires, RS, Brasil. Programa de Pós-Graduação em Geociências, Tese de Doutorado UFRGS, Porto Alegre – RS 2006, p.306.
- 6- DIAS, F.S. & BRAGANÇA, J.K. Contaminação do manancial subterrâneo por flúor no município de Verdelândia – Minas Gerais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ÁGUAS SUBTERRÂNEAS, 13. Cuiabá, 2004. Cuiabá: ABAS, 2004.
- 7- TOLEDO, A.O. Odontopediatria - Fundamentos para a prática clínica, 3ª Ed., São Paulo, Premier, 2005.

## QUESTÃO 37

### Situação: Procedente

#### RECURSO:

(...) ainda não há evidência científica do benefício das luzes em termos de melhoria no resultado final à longo prazo do processo clareador (...)"

#### JUSTIFICATIVA:

A questão 37 refere-se ao branqueamento dental, e tem como resposta a alternativa D, que diz: "quando externo, pode ser mais efetivo, se uma fonte de calor for aplicada durante o procedimento".

Alguns autores defendem que o calor pode aumentar a efetividade das técnicas de branqueamento dental externo quando associado a produtos clareadores que possuem peróxido de hidrogênio em sua composição<sup>1</sup>, pois o calor catalisa as reações de oxidação dos peróxidos<sup>2</sup>. Um estudo recente demonstrou que o aumento na temperatura em 45°C aumenta significativamente a eficácia do clareamento e reduz o tempo necessário para se obter um dente claro<sup>2</sup>. Outro estudo demonstrou que aumento controlado da temperatura do gel clareador com um laser vermelho de baixa intensidade aumentou a efetividade do tratamento clareador sem danificar a polpa dental<sup>3</sup>. Entretanto, a maioria dos estudos comparando a efetividade do uso de fontes luminosas/ calor no branqueamento dental foram realizados *in vitro*<sup>2,3,4</sup>. Nos estudos conduzidos *in vivo*, a maioria não encontrou benefícios nos sistemas ativados por luz<sup>4</sup>. *In vivo*, a aplicação de luz e calor podem inicialmente aumentar o branqueamento devido à maior desidratação, o que é revertido com o tempo<sup>5</sup>. Desta forma, um aumento controlado na temperatura do agente clareador utilizando ou não fontes luminosas poderia ser útil para se atingir um melhor branqueamento dentário em um menor período de tempo apenas nos modelos *in vitro*<sup>2,3</sup>.

#### Fontes Bibliográficas:

- 1- HEASMAN, P. Master Dentistry Vol.2: Restorative Dentistry, Paediatric Dentistry and Orthodontics. 3rd edition. Edinburg, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto. Ed. ELSEVIER, 2013, p. 122.
- 2- DAVIDI MP, HADAD A, WEISS EI, DOMB A, MIZRAHI B, STERER N. The effect of a mild increase in temperature on tooth bleaching. Quintessence Int. 2008 ;39(9):771-5.
- 3- PLEFFKEN PR, BORGES AB, GONÇALVES SE, ROCHA GOMES TORRES C. The effectiveness of low-intensity red laser for activating a bleaching gel and its effect in temperature of the bleaching gel and the dental pulp. J Esthet Restor Dent. 2012;24(2):126-32.
- 4- BUCHALLA W, ATTIN T. External bleaching therapy with activation by heat, light or laser - a systematic review. Dent Mater 2007;23:586-96.
- 5- ADA Council on Scientific Affairs - Tooth Whitening/Bleaching: Treatment Considerations for Dentists and Their Patients - Disponível em [http://www.ada.org/~media/ADA/About%20the%20ADA/Files/whitening\\_bleaching\\_treatment\\_considerations\\_for\\_patients\\_and\\_dentists.aspx](http://www.ada.org/~media/ADA/About%20the%20ADA/Files/whitening_bleaching_treatment_considerations_for_patients_and_dentists.aspx) >, último acesso em 05/04/2014.

## QUESTÃO 41

### Situação: Improcedente

#### RECURSO:

" (...) A sonda exploradora deverá ser utilizada com cuidado,tanto nas superfícies lisas,como nas oclusais. A lesão não cavitada, por apresentar uma camada superficial delgada,apoiada sobre o corpo da lesão mais poroso,poderá ser danificada quando sondada"

" (...) a sonda é utilizada de maneira delicada e somente se houver necessidade de confirmar o diagnóstico pela textura ou para auxiliar na limpeza da superfície."

" (...) o diagnóstico de cárie utilizando o método de trancar a sonda não aumenta a acurácia da detecção de lesões e pode causar iatrogenia".

" A alternativa I, diz que: O diagnóstico das cáries interproximais na dentição decidua é fácil, foi considerada errada pelo gabarito, porém deve ser aceita como verdadeira, devido ser uma questão subjetiva e totalmente dependente da experiência do profissional em questão, que pode considerar este diagnóstico fácil devido sua vasta experiência nesta abordagem"

“ (...) Como pôde ser observado, existe sim uma dificuldade de diagnóstico de lesões cáries em superfícies oclusais quando há cárie oculta ou em lesões incipientes em esmalte. Porém o diagnóstico torna-se facilitado quando há lesão cáries oclusal com cavitação. Desse modo a afirmativa IV deve ser considerada como correta, uma vez que ela emprega o verbo “poder” e este dá a ideia de amplitude, e não de restrição”.

#### JUSTIFICATIVA:

A questão 41 pede que sejam analisadas algumas afirmativas em relação ao diagnóstico de cárie e considera as seguintes afirmações:

“I. o diagnóstico das cáries interproximais na dentição decídua é fácil” como INCORRETA.

Justificativa: áreas de contato proximal amplas dificultam o diagnóstico das cáries interproximais em dentes decíduos, especialmente quando não há envolvimento oclusal. Na maioria os casos, são necessários exames complementares para um diagnóstico adequado, e as radiografias interproximais devem ser utilizadas como métodos auxiliares do diagnóstico<sup>1</sup>.

“III. fissuras pigmentadas em primeiros molares permanentes devem ser exploradas” como CORRETA.

Justificativa: a inspeção visual e tátil suportada por radiografias interproximais permanece a combinação mais satisfatória para o diagnóstico de cáries oclusais e interproximais<sup>1</sup> nos dentes permanentes em crianças. As radiografias interproximais devem ser requisitadas antes de qualquer instrumentação da superfície dentária. Para uma fissura limpa sem a evidência radiográfica de cáries em um dente molar, recomenda-se um selante de fossas e fissuras<sup>1,2</sup>. Fissuras pigmentadas sem evidência radiográfica de cáries requerem a exploração clínica para a confirmação do diagnóstico<sup>1</sup>. A exploração clínica não deve ser realizada com a sonda exploradora de ponta afiada pelo método de “trancar a sonda”<sup>4</sup>, sob o risco de danificar o esmalte dentário. Deve ser realizada delicadamente, com uma sonda exploradora de ponta romba (diâmetro em torno de 0,5 mm), pois ponta romba não provoca danos ao esmalte<sup>1</sup> e serve apenas para a remoção de placa e restos alimentares, facilitando, assim, o exame visual das fossas e fissuras<sup>4</sup>. Se a exploração clínica revelar cárie restrita ao esmalte dentário, um selante de fossas e fissuras deverá ser utilizado<sup>1</sup>. Se a exploração clínica revelar cárie de dentina, uma restauração preventiva (minimamente invasiva) será necessária. Quando cáries de dentina são detectadas no exame radiográfico, uma restauração sempre será necessária<sup>1</sup>. O objetivo é prevenir o processo da doença antes da cavitação, enquanto os métodos restauradores tradicionais intervêm apenas quando já ocorreu a cavitação.

“IV. cáries oclusais podem ser clinicamente diagnosticadas com segurança” como INCORRETA.

Justificativa: há muito tempo já é sabido que a identificação das cáries oclusais gera problemas de diagnóstico<sup>1,3,5</sup>.

**Observações pertinentes às justificativas supracitadas:** os termos “cárie dentária” ou “cáries” podem ser utilizados para identificar tanto os processos cariosos como as lesões cariosas (cavidades ou não cavidades), que são formadas em decorrência desse processo<sup>6-8</sup>. Na prática rotineira, os cirurgiões dentistas e pacientes geralmente se referem a uma lesão cáries estabelecida como uma cavidade no dente<sup>9</sup>, embora a cavidade seja uma seqüela do processo da doença e um sinal de lesão bastante avançada<sup>10</sup>. A cárie dental é uma continuidade de estados de doença com aumento na gravidade de destruição dentária que varia desde alterações subclínicas em nível molecular até lesões com envolvimento dentinário, seja em uma superfície intacta ou com cavitação óbvia<sup>7,8,11,12</sup>.

O diagnóstico de cárie, seja no consultório odontológico, durante uma pesquisa de campo, ou como parte de um projeto de pesquisa clínica, é feito pelo exame visual das superfícies dos dentes, e em alguns casos, com o uso de uma sonda exploradora. **Esse método é bem estabelecido e universalmente aceito**, embora imperfeito<sup>9,13,14</sup>.

Utilizando o método visual de **diagnóstico em superfícies oclusais**, uma revisão sistemática de estudos de alta qualidade<sup>15</sup> fornece uma estimativa de sensibilidade de detecção de lesões de 39-59%, tanto no esmalte como na dentina, com uma especificidade de até 95%. Assim, ao utilizar o método visual, os examinadores poderiam deixar de diagnosticar aproximadamente metade das lesões presentes nas superfícies oclusais<sup>9</sup>. Quanto ao uso da sonda exploradora (ou explorador), a prática nos EUA tem sido a utilização de um explorador com ponta afiada para fornecer *feedback* tátil (ou seja, a evidência de amolecimento) como um complemento aos sinais visuais da doença, enquanto na Europa, acredita-se que esta prática acrescenta pouco ao diagnóstico e pode causar iatrogenia à superfície do esmalte promovendo a iniciação ou progressão da cárie<sup>4,15</sup>. O tem sido preconizado em estudos recentes é o **uso de sondas exploradoras com ponta romba**<sup>1</sup>, o que não provoca danos ao esmalte e serve apenas para a remoção de placa e restos alimentares, facilitando, assim, o exame visual das fossas e fissuras<sup>4</sup>. Isso, associado ao exame radiográfico interproximal, poderia minimizar as falhas no diagnóstico de lesões cariosas nos estágios iniciais, como, por exemplo, no caso de molares permanentes com fossas e fissuras pigmentadas<sup>1</sup>.

**A detecção de lesões em contato com superfícies proximais (cáries interproximais) de dentes posteriores também é um desafio**, e a inadequação dos métodos visuais e táteis é a razão para a indicação de radiografias interproximais com esta finalidade. Entretanto, a mesma revisão<sup>15</sup> mostra que, para superfícies proximais, radiografias apresentam uma sensibilidade de 50% e uma especificidade de 87%. Assim, através de métodos clínicos e radiográficos convencionais, o dentista irá detectar apenas cerca de metade das lesões interproximais presentes. As radiografias são úteis para a detecção de lesões dentinárias avançadas nas superfícies oclusais (sensibilidade 39%, especificidade 91%)<sup>15</sup>. A consequência dos erros de diagnóstico depende da estratégia de tratamento utilizado<sup>9</sup>.

## Fontes Bibliográficas:

- 1- HEASMAN, P. Master Dentistry Vol.2: Restorative Dentistry, Paediatric Dentistry and Orthodontics. 3rd Edition. Edinburg, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto. ELSEVIER, 2013, pp. 198, 204, 222.
- 2- CAMPOS, C.C; MACHADO, G. C. M; GONSALVES, I.M.F; AMORIN, L.F.G; VIEIRA, L.A.C; COSA, L.R.R.S. Clínica odontológica infantil passo a passo – Volume 1. Goiânia: Universidade Federal de Goiás – FO. FUNAPE, 2010. v. 1, 50 p. Disponível em <  
[http://pahpe.odonto.ufg.br/uploads/299/original\\_Passo\\_a\\_passo\\_Clinica\\_Odontologica\\_Infantil\\_completo.pdf?1364314039](http://pahpe.odonto.ufg.br/uploads/299/original_Passo_a_passo_Clinica_Odontologica_Infantil_completo.pdf?1364314039)> último acesso em 05/04/2014.
- 3- MOTA, L.Q. Validade de métodos de diagnóstico da lesão de cárie oclusal incipiente em dentes permanentes. Estudo *in vitro*. Joao Pessoa, 2002. 101p. Tese (Doutorado em Odontologia). Universidade Federal da Paraíba.
- 4- TOLEDO, O.A. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica. 3ª Ed. PREMIER, 2005, p. 118-119.
- 5- J MILLER, P HOBSON. Determination of the presence of caries in fissures. British Dental Journal, 100 (1956), pp. 15–18
- 6- O FEJERSKOV. Concepts of dental caries and their consequences for understanding the disease. Community Dent Oral Epidemiol, 25 (1997), pp. 5–12
- 7- EA KIDD, O FEJERSKOV. What constitutes dental caries? Histopathology of carious enamel and dentin related to the action of cariogenic biofilms. J Dent Res, 83 (2004), pp. C35–C38
- 8- NB PITTS. Modern concepts of caries measurement J Dent Res, 83 (2004), pp. C43–C47
- 9- SELWITZ RH, ISMAIL AI, PITTS NB. Dental caries. Lancet. (2007) 6;369(9555):51-9.
- 10- A THYLSTRUP, O FEJERSKOV. Textbook of clinical cariology (2nd Ed.), Munksgaard, Copenhagen (1994)
- 11- P AXELSSON. Diagnosis and risk prediction of dental caries, vol 2. Quintessence Publishing Co, Inc, Chicago 2000.
- 12- JDB FEATHERSTONE The continuum of dental caries - evidence for a dynamic disease process. J Dent Res, 83 (2004), pp. C39–C42
- 13- AI ISMAIL. Visual and visuo-tactile detection of dental caries. J Dent Res, 83 (2004), pp. C56–C66
- 14- AI ISMAIL. Clinical diagnosis of precavitated carious lesions. Community Dent Oral Epidemiol, 25 (1997), pp. 13-23
- 15- JD BADER, DA SHUGARS, AJ BONITO. Systematic reviews of selected dental caries diagnosis and management methods. J Dent Educ, 65 (2001), pp. 960–968

**QUESTÃO 42****Situação: Improcedente**

## RECURSO:

“(…)logo a resposta correta para a questão seria a alternativa B que traz todas as afirmações como sendo verdadeiras.”

“Os mecanismos das reabsorções dentárias são conhecidos e suas causas bem definidas. Clinicamente são assintomáticas e não induzem alterações pulpares, periapicais e periodontais, sendo geralmente consequências delas. Partindo desse pressuposto, a pigmentação intrínseca é consequência de alterações pulpares e não causada por reabsorção interna”

## JUSTIFICATIVA:

A questão 42 pede que sejam analisadas as seguintes afirmativas em relação à pigmentação intrínseca do dente: “I. pode ser causada por reabsorção interna; II. é causada por algumas drogas; III. quando causada por fluorose, pode ser tratada por microabrasão; IV. pode ser causada por trauma prévio em dente decíduo; V. nos dentes não vitais pode ser tratada por branqueamento”. Todas as alternativas estão corretas, portanto o gabarito definitivo permanece como letra B<sup>1,2</sup>.

Considerando a alternativa “I. pode ser causada por reabsorção interna” como CORRETA.

Como observado por CONSOLARO, os mecanismos de reabsorção dentária (interna ou externa) são geralmente consequências de alterações pulpares, periapicais e periodontais<sup>3</sup>. A reabsorção dental interna normalmente ocorre em dentes vitais, e é uma consequência de alterações pulpares que induzem à reabsorção dos tecidos dentinários adjacentes. Quando esses tecidos são reabsorvidos, os tecidos pulpares podem ser observados através do esmalte translucido, o que confere uma pigmentação intrínseca ao dente, geralmente de cor rosa. A pigmentação dental

intrínseca, portanto, pode ser causada por uma reabsorção dental interna<sup>4</sup>. Esse fato não exclui a possibilidade de alterações pulpares por si só provocarem pigmentações intrínsecas, como nos casos das pigmentações decorrentes de tratamento endodôntico ou trauma (vide alternativa IV). Nesses casos, o que geralmente ocorre é uma hemorragia interna no dente com impregnação dos pigmentos do sangue nos tecidos dentinários adjacentes.

Fontes Bibliográficas:

- 1- Gabarito PMP- SEMUS- ODONTÓLOGO CLÍNICO GERAL / CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS disponível em [http://selecao.uft.edu.br/semus\\_arquivos/gabaritos/gabarito\\_Superior\\_Odontologo\\_ClinicoGeral.pdf](http://selecao.uft.edu.br/semus_arquivos/gabaritos/gabarito_Superior_Odontologo_ClinicoGeral.pdf), último acesso em 05/05/2014.
- 2- CONCEIÇÃO, E.N. Dentística – Saúde e Estética. 2ª Ed. Porto Alegre, ARTMED, 2007.
- 3- CONSOLARO, A. O conceito de reabsorções dentárias ou As reabsorções dentárias não são multifatoriais, nem complexas, controvertidas ou polêmicas! Dental Press J. Orthod,16:4 July/Aug. 2011 disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-94512011000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-94512011000400003)>, último acesso em 05/05/2014.
- 4- HEASMAN, P. Master Dentistry Vol.2: Restorative Dentistry, Paediatric Dentistry and Orthodontics. 3rd edition. Edinburg, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto. Ed. ELSEVIER, 2013, pp.206,207.

## QUESTÃO 45

**Situação: Improcedente**

RECURSO:

“A afirmativa ‘O branqueamento dentário é um dos tratamentos preconizados para a pigmentação dental extrínseca’, considerada como Falsa, é verdadeira”.

“As manchas extrínsecas nada mais são do que pigmentos que se aderem à superfície do dente e que provém da dieta alimentar...Os agentes mais comuns que provocam as alterações extrínsecas de cor são o café.”

“ O branqueamento dentário é um dos tratamentos preconizados para a pigmentação dental extrínseca (...)”

“(....o clareamento age sobre manchas extrínsecas e instrínsecas...)”

“ (...) A intervenção profissional faz-se necessária por meio de profilaxia com raspagem e polimento coronário, utilizando substâncias abrasivas como pastas profiláticas, ou o uso do jato de bicarbonato de sódio”

JUSTIFICATIVA:

A questão 45 pede que sejam analisadas as seguintes afirmativas em relação à pigmentação dental extrínseca: “I. as manchas podem ser removidas por polimento”; II. o branqueamento dental é um dos tratamentos preconizados; “III. enxaguatórios contendo clorexidina podem ser um fator causal; IV. medicações orais líquidas nunca estão envolvidas; V. comidas e bebidas são causas comuns.

1- Considerando a afirmativa “II. o branqueamento dental é um dos tratamentos preconizados” como INCORRETA.

Justificativa:

Segundo o Moderno Dicionário da Língua Portuguesa Michaelis<sup>1</sup>, o significado do verbo “preconizar” é: “aconselhar, recomendar”. Portanto, a afirmativa “o branqueamento dental é um dos tratamentos preconizados” poderia ser entendida como o “branqueamento dental é um dos tratamentos recomendados”.

Do ponto de vista patológico, o NEVILLE e colaboradores<sup>2</sup>, no livro “Patologia Oral & Maxilofacial”<sup>2</sup>, conceituam as pigmentações dentárias normais e patológicas:

“a cor dos dentes normais varia e depende do matiz, translucidez e espessura do esmalte. O esmalte translúcido é branco-azulado; o esmalte opaco é branco-acinzentado. Por conseguinte, dentes com esmalte translúcido têm aparência amarelada no terço cervical e branco azulado na borda incisal; aqueles com esmalte opaco são mais uniformemente branco-acinzentados. As colorações anormais podem ser extrínsecas (surgirem da acumulação de pigmentos exógenos sobre a superfície do dente) ou intrínsecas (surgirem secundariamente a fatores endógenos que resultam na pigmentação da dentina subjacente)”.

Como causas comuns das pigmentações dentárias extrínsecas, os autores citam: “manchas bacterianas, ferro, tabaco, alimentos e bebidas, hemorragia gengival, materiais restauradores e medicações”, o que é corroborado por outros autores<sup>3, 4, 5, 6, 7, 8</sup>.

Do ponto de vista clínico, SULIEMAN<sup>6</sup>, em uma revisão de literatura fundamentada, esclarece:

“as causas das pigmentações dentárias são variadas e complexas, mas geralmente são classificadas como sendo de natureza extrínseca, intrínseca ou internalizada. Os cromógenos dietéticos e outros elementos de depósito externo agem direta ou indiretamente sobre a superfície do dente, ou no interior da camada de película adquirida, para formar manchas extrínsecas. As manchas no interior da dentina, ou descoloração intrínseca, em sua maioria, têm origem sistêmica ou pulpar. As manchas internalizadas, são o resultado de manchas extrínsecas inseridas na dentina do dente por meio de defeitos, tais como fissuras na superfície do dente<sup>6</sup>.”

Em relação ao tratamento recomendado para a remoção de manchas dentárias extrínsecas ou internalizadas, CONCEIÇÃO<sup>3</sup>, no livro “Dentística - Saúde e Estética”, afirma, na página 242, que:

“as manchas extrínsecas nada mais são do que pigmentos que se aderem à superfície do dente e que provêm da dieta alimentar. Muitas vezes, seu tratamento consiste na simples remoção mecânica das manchas, o que pode ser realizado por meio de um procedimento de profilaxia com taça de borracha associada a uma pasta abrasiva. Na presença de trincas na superfície do esmalte, a penetração de pigmentos pode ocorrer de tal maneira que uma simples profilaxia não é suficiente para remover a mancha, fazendo-se necessário o uso de uma técnica de clareamento<sup>3</sup>.”

Portanto, para o tratamento de manchas extrínsecas, o autor recomenda que sejam realizados procedimentos de remoção mecânica, como profilaxia e polimento coronário. O clareamento (branqueamento) dental é recomendado apenas quando ocorre a penetração dos pigmentos no esmalte através das trincas ou fissuras, ou seja, no caso de manchas internalizadas<sup>3</sup>.

Os mesmos conceitos e recomendações de tratamento em relação às manchas extrínsecas podem ser observados no relato de caso sobre manchas extrínsecas negras recentemente descrito por MOURA<sup>7</sup>:

“a descoloração por fator extrínseco é a alteração de cor presente no esmalte dentário, mais precisamente na película adquirida. Este tipo de mancha pode ser causado pela introdução de materiais cromogênicos na cavidade bucal, como alimentos e bebidas; pela utilização de antissépticos bucais, como a clorexidina e sais metálicos polivalentes de estanho e ferro, ou pelo uso de tabaco.”<sup>7</sup>

“A intervenção profissional faz-se necessária por meio de profilaxia com raspagem e polimento coronário, utilizando substâncias abrasivas como pastas profiláticas, ou o uso do jato de bicarbonato de sódio<sup>7</sup>.”

Em relação ao branqueamento dental, BARATIERI<sup>8</sup>, no livro “Odontologia Restauradora - Fundamentos e Possibilidades”, afirma: “o clareamento dental com um agente químico oxidante instável tem sido, há muito tempo, uma alternativa conservadora para a restauração da estética de dentes vitais e não vitais escurecidos e/ou manchados<sup>8</sup>.”

“a técnica caseira está indicada quando o paciente está insatisfeito com a cor dos seus dentes, qualquer que seja a sua idade, mas especialmente nas seguintes situações: dentes vitais escurecidos pela idade; dentes naturalmente escuros ou amarelados; dentes vitais escurecidos / manchados por corantes (dieta, tabaco, etc.); dentes vitais escurecidos pós traumatismo<sup>8</sup>.”

De fato, o branqueamento dental é uma alternativa para manchas dentárias decorrentes de corantes (da dieta, tabaco, etc.)<sup>8</sup>, como por exemplo, as pigmentações decorrentes dos chás, café e nicotina. Entretanto, o branqueamento só deve ser utilizado quando essas manchas estão internalizadas nos tecidos dentários. Quando extrínsecas, essas manchas encontram-se aderidas à superfície do esmalte ou à película adquirida, e podem ser facilmente removidas por procedimentos como profilaxia, polimento ou raspagem coronária, utilizando-se ou não substâncias abrasivas<sup>3,5,7</sup>. Portanto, em relação às manchas extrínsecas, o branqueamento dental NÃO é um tratamento preconizado.

Diante do exposto, conclui-se que: para o tratamento de manchas dentárias extrínsecas aderidas na superfície do dente ou na camada da película adquirida<sup>2, 3, 5, 6, 7</sup>, o tratamento preconizado (recomendado) consiste basicamente na remoção mecânica das manchas através de procedimentos como profilaxia, polimento e raspagem coronária<sup>3, 5, 6, 7</sup>. O branqueamento dental é, portanto, uma alternativa de tratamento apenas nos casos de manchas internalizadas ou intrínsecas<sup>3,4,5,8</sup>.

Fonte Bibliográficas:

- 1 -MICHAELIS MODERNO DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA - disponível em <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=preconizar>>, último acesso em 06/05/2014.
- 2- NEVILLE B.W, DOUGLAS, D.D., ALLEM C.M, BOUQUOT J.E. Patologia Oral & Maxilofacial. 3ª Ed., ELSEVIER, 2009.
- 3- CONCEIÇÃO, E. N. Dentística - Saúde e Estética. 2ª Ed, Porto Alegre, ARTMED, 2007.
- 4- BARATIERI, L. N. et al. Clareamento dental. São Paulo: Santos, 1993.
- 5- HEASMAN, P. Master Dentistry Vol.2: Restorative Dentistry, Paediatric Dentistry and Orthodontics. 3rd edition. Edinburg, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto. ELSEVIER, 2013, pp.199, 200, 222.

- 6- SULIEMAN M. An overview of tooth discoloration: extrinsic, intrinsic and internalized stains. Dent Update. 2005 Oct;32(8):463-4, 466-8, 471
- 7- MOURA, A.L; MACEDO, M.P; PENIDO, S.M.M.O et al. Manchas extrínsecas negras - relato de caso clínico. FOL Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep. 2013: 23(1) 59-64
- 8- BARATIERI, L.N; et al. Odontologia Restauradora - Fundamentos e Possibilidades. Ed. SANTOS, 2001. pp. 675, 680.

## QUESTÃO 50

### Situação: Improcedente

#### RECURSO:

“ Na questão 50, alternativa D conserdara-se como correto o trecho: Na sorologia para Hepatite B, o anticorpo contra o antígeno de superfície do vírus da hepatite B (antiHBs) pode aparecer tardiamente e sua presença indica imunidade natural à doença.Uma forma de imunização é a vacinação, que é denominada Imunidade ativa artificialmente ADQUIRIDA. O contato com o micro-organismo (doença) é denominado Imunidade ativa naturalmente adquirida. Anti-HBs (anticorpos contra o antígeno de superfície do HBV) ? indica imunidade contra o HBV. É detectado geralmente entre 1 a 10 semanas após o desaparecimento do HBsAg e indica bom prognóstico. É ENCONTRADO ISOLADAMENTE EM PACIENTES VACINADOS. A afirmação está **INCORRETA**, pois a presença do anticorpo também pode indicar que o indivíduo possui imunidade adquirida à doença, no caso de pacientes vacinados”.

#### JUSTIFICATIVA:

Transcrevendo a questão 50:

“sobre a hepatite B, é **INCORRETO** afirmar:” (...)

“ (D) na sorologia para hepatite B, o anticorpo contra o antígeno de superfície do vírus da hepatite B (anti-HBs) pode aparecer tardiamente e sua presença indica imunidade **natural** à doença”.<sup>1</sup>

Esta afirmativa está **INCORRETA** porque o anti-HBs indica imunidade **adquirida** à doença, como foi observado pelo candidato no presente recurso:

“ Anti-HBs (anticorpos contra o antígeno de superfície do HBV) indica imunidade contra o HBV. É detectado geralmente entre 1 a 10 semanas após o desaparecimento do HBsAg e indica bom prognóstico. É ENCONTRADO ISOLADAMENTE EM PACIENTES VACINADOS.”<sup>2</sup>

#### Fontes Bibliográficas:

- 1- Gabarito PMP- SEMUS- ODONTÓLOGO CLÍNICO GERAL / CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS disponível em [http://selecao.uft.edu.br/semus\\_arquivos/gabaritos/gabarito\\_Superior\\_Odontologo\\_ClinicoGeral.pdf](http://selecao.uft.edu.br/semus_arquivos/gabaritos/gabarito_Superior_Odontologo_ClinicoGeral.pdf), último acesso em 05/05/2014.
- 2- CARDOSO, A. O. C. J. Microbiologia e Imunologia oral. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, Ed. ELSEVIER, 2005. Cap.6, Tabela 6.2.

## QUESTÃO 53

### Situação: Procedente

#### RECURSO:

“Essa questão deve ser anulada porque a alternativa considerada certa (C) diz que o antimicrobiano Metronidazol é risco C na gravidez, sendo que o Metronidazol é risco B (...)”

#### JUSTIFICATIVA:

Embora os efeitos do metronidazol sobre a organogênese fetal humana sejam desconhecidos, o metronidazol é um antimicrobiano com categoria de risco B na gestação.<sup>1</sup>

#### “Gravidez e lactação

O uso de metronidazol durante a gravidez deve ser cuidadosamente avaliado visto que atravessa a barreira placentária e seus efeitos sobre a organogênese fetal humana ainda são desconhecidos.

Categoria de risco na gravidez: B.”<sup>1</sup>

Fontes Bibliográficas:

- 1- ANVISA: bulário eletrônico – disponível em <  
[http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/fmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=2987192014&pIdAnexo=2025603](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/fmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=2987192014&pIdAnexo=2025603)>, acesso em 06/05/2014.

## **QUESTÃO 57**

### **Situação: Improcedente**

RECURSO:

“ A questão solicita para marcar o item INCORRETO: Alternativa B esta incorreta, pois as penicilinas apresentam toxicidade de acordo com ANVISA: Geralmente as penicilinas apresentam pouca toxicidade, mas suas reações de hipersensibilidade são frequentes, ocorrendo em até 8% dos pacientes(...) ”

JUSTIFICATIVA:

Na questão 57, em relação às penicilinas, a alternativa “(B) são descritas como não tóxicas” está CORRETA. As penicilinas são um grupo de fármacos naturais e semissintéticos com ação bactericida que agem inibindo a síntese da parede celular bacteriana<sup>1</sup>. Esse grupo de drogas, são descritas como não tóxicas em relação às células de mamíferos, uma vez que células eucariontes não possuem parede celular<sup>1, 2, 3</sup>. São, portanto, drogas seguras quanto ao emprego clínico em odontologia, pois apresentam toxicidade seletiva em relação às células bacterianas<sup>3</sup>. Entretanto, qualquer fármaco pode atingir concentrações plasmáticas tóxicas. A toxicidade relativa à concentração plasmática da droga depende de fatores como: toxicidade do medicamento em relação às células/ tecidos humanos, metabolismo e excreção do fármaco; o que, clinicamente, determina as doses máximas a serem administradas e/ou o intervalo entre as doses. As penicilinas, além de não serem tóxicas para as células humanas, possuem baixa toxicidade relativa à concentração plasmática, e por isso podem ser administradas em altas doses e em intervalos bem superiores à meia-vida plasmática<sup>4</sup>. Portanto, seus efeitos tóxicos geralmente ocorrem em doses muito altas. Esses efeitos geralmente envolvem os sistemas de metabolismo (hepático) e excreção (renal) da droga. Seguem alguns trechos retirados das referências supracitadas.

“Nas penicilinas comumente utilizadas não apresentam toxicidade [relativa às células humanas]. O grande problema com o emprego das penicilinas são as reações alérgicas [de hipersensibilidade]. Um paciente que apresente alergia a uma penicilina tende a ser alérgico a todas as penicilinas, e 10% [desses pacientes] também demonstram reação cruzada às cefalosporinas”<sup>2</sup>

“Na atualidade, encontram-se disponíveis para uso clínico, além das penicilinas naturais, inúmeros compostos semissintéticos e alguns biossintéticos, de atividade bactericida. As penicilinas possuem atividade bactericida de mais alta toxicidade seletiva, sendo atóxica às células humanas”<sup>3</sup>

“As penicilinas são provavelmente os antibióticos menos tóxicos [em relação à concentração plasmática] em uso, devido ao local que atuam, lembrando que as células de mamíferos não possuem parede celular. Entretanto, 5 a 10% dos pacientes tratados com as penicilinas podem apresentar algum tipo de reação de hipersensibilidade”<sup>1</sup>

Ainda, analisando as concentrações plasmáticas decorrentes do uso crônico de diferentes esquemas posológicos de fármacos, entre eles as penicilinas:

“o espaçamento de intervalos [entre as doses] com aumento compensatório de doses é limitado por potencial toxicidade da concentração [plasmática do medicamento] máxima e ocorrência de níveis mínimos subterapêuticos. Com fármacos de baixa toxicidade [relativa à concentração plasmática], como penicilinas, podem ser utilizadas altas doses em intervalos bem superiores à meia-vida. Se as concentrações [plasmáticas do medicamento] efetiva e tóxica forem próximas (digoxina, aminoglicosídeos, fenitoína, entre outros), os intervalos de dose devem ser próximos da meia-vida”<sup>4</sup>.

Portanto, considerando a não toxicidade das penicilinas em relação às células de mamíferos, sua baixa toxicidade relativa às concentrações plasmáticas e o uso clínico das penicilinas em doses terapêuticas adequadas, elas são descritas como não tóxicas<sup>1, 2, 3, 4</sup>.

Fontes Bibliográficas:

- 1- ANDRADE, E.D. Terapêutica medicamentosa em Odontologia. 2ª Ed. ARTES MEDICAS, 2006. p. 73.
- 2- COULTHARD P., HORNER K., SLOAN P., THEAKER E. Master Dentistry vol.1-Oral and Maxillofacial Surgery, Radiology, Pathology and Oral Medicine. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto. 3ª Ed., ELSEVIER, 2013. p.112



- 3- ENDODONTICS - ENDODONCIA, disponível em <<http://www.forp.usp.br/restauradora/tera.htm>>, último acesso 06/05/2014.
- 4- FUCHS, D. F., WANNMACHER, L. Farmacologia Clínica, 4ª Ed. GUANABARA KOOGAN, 2010. p. 101.

## QUESTÃO 58

### Situação: Improcedente

#### RECURSO:

“A literatura diz: O acesso da criança a fluoretos precisa ser investigado, devendo ser questionado o contato com soluções fluoretadas.,o uso de dentifrício e suplementos com flúor...O dentifrício não é absolutamente necessário do ponto de vista de remoção de placa dentária...Especial cuidado deve ser dado à quantidade de dentifrício fluoretado utilizado por crianças pequenas, pois ao deglutir o dentifrício, podem ingerir quantidades indesejáveis de flúor,apresentando efeitos tóxicos.”

#### JUSTIFICATIVA:

Na questão 58, em relação às ações de promoção de saúde bucal, a alternativa “(D) enquanto a criança não tiver condições de se autocuidar, o uso de dentifrícios fluoretados na primeira infância é de responsabilidade dos pais ou cuidadores, garantindo, assim, maior segurança da criança quanto à fluorose dentária” está CORRETA.

O uso de cremes dentais fluoretados não está contraindicado na primeira infância, entretanto, deve ser utilizado com cautela e nas quantidades adequadas<sup>1</sup>, sob supervisão dos pais ou cuidadores.

Essa afirmativa é reconhecida pela ABOdontopediatria (Associação Brasileira de Odontopediatria)<sup>2,3</sup>, ABOPREV (Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde)<sup>4</sup> e pela ABRASBUCO (Associação Brasileira de Odontologia de Saúde Bucal Coletiva)<sup>5</sup>.

Segue, abaixo, a transcrição de trechos do texto reconhecido pela ABOPREV<sup>4</sup>

“assim, apoiamos incondicionalmente a recomendação veiculada online nos sites da AGOPED [Associação Gaúcha de Odontopediatria] e da Associação Brasileira de Odontopediatria, emanada de simpósio realizado nos dias 9 e 10/09/2011 em Porto Alegre, a qual indica que:

“a) Um creme dental fluoretado de no mínimo 1.100 ppm de flúor deve ser utilizado 2x/dia como coadjuvante da limpeza dos dentes de todas as crianças;

b) Enquanto a criança não tiver condições de se auto cuidar, o uso de dentifrício fluoretado é de responsabilidade dos pais ou cuidadores, garantindo assim maior segurança quanto à fluorose dentária;

c) Apenas uma lambuzadela (“grão de arroz cru”) de dentifrício fluoretado deve ser utilizada quando da limpeza dos dentes de crianças menores de 2 anos de idade”<sup>3</sup>

O mesmo texto é reconhecido pela ABRASBUCO<sup>5</sup>:

“1. Com base na melhor evidência científica disponível sobre estratégias para o controle de cárie dentária, se recomenda que um creme dental fluoretado de no mínimo 1100 ppm de flúor seja utilizado 2x/dia como coadjuvante da limpeza dos dentes de todas as crianças;

2. Enquanto a criança não tiver condições de se auto cuidar, o uso de dentifrício fluoretado é de responsabilidade dos pais ou cuidadores, garantindo assim maior segurança quanto à fluorose dentária;

3. Também se recomenda que seja usada apenas uma lambuzadela (“grão de arroz cru”) de dentifrício fluoretado quando da limpeza dos dentes de crianças menores de 2 anos de idade.”<sup>5</sup>

#### Fontes Bibliográficas:

- 1- TOLEDO, O.A. Odontopediatria -Fundamentos para a prática clínica. 3ª Ed. São Paulo, Premier, 2005 pp118, 130.
- 2- NORONHA JC, MYAKI SI, PAIVA SM. Utilização dos Fluoretos In: Associação Brasileira de Odontopediatria. Manual de Referências para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria, 2009. p. 95-100. [www.abodontopediatria.org.br](http://www.abodontopediatria.org.br)
- 3- ABOdontopediatria – Flúor: a partir de qual idade utilizar- Disponível em [http://abodontopediatria.org.br/Fluor\\_partir\\_de\\_qual\\_idade\\_utilizar.pdf](http://abodontopediatria.org.br/Fluor_partir_de_qual_idade_utilizar.pdf) >, último acesso em 06/05/2014.
- 4- CURY, JA; TENUTA, LMA. Uso de dentifrício fluoretado na 1ª infância. Disponível em < <http://www.aboprev.org.br/artigos.php>>, último acesso em 06/05/2014.
- 5- Porque usar dentifrício fluoretado em crianças menores de 8 anos? - São Paulo, Coordenação da Atenção Básica – Área Técnica de Saúde Bucal. 2011. p.2. Disponível em < [http://www.abrasbuco.org/docs\\_out2011/Por%20que%20usar%20creme%20dental%20fluoretado%20em%20criancas%20menores%20de%208%20anos.pdf](http://www.abrasbuco.org/docs_out2011/Por%20que%20usar%20creme%20dental%20fluoretado%20em%20criancas%20menores%20de%208%20anos.pdf)>, último acesso em 06/05/2014.