



## EDITAL Nº 33 , DE 26 DE MARÇO DE 2018

Edital de divulgação do gabarito de prova do processo seletivo do de vagas remanescentes do Programa de **Programa de Mestrado em ODONTOLOGIA (Stricto Sensu)**, regulamentado pelo Edital nº 24, de 08 de março de 2018.

A UNINGÁ – Centro Universitário Ingá, credenciada por meio da Portaria do Ministério da Educação Nº. 776/2016, por seu Pró-Reitor de Ensino, Prof. Me. Ney Stival, no uso de suas atribuições estatutárias e considerando o disposto no item 5.16 do Edital nº 24, de 08 de março de 2018, para conhecimento de todos os interessados, torna público o **Gabarito da prova de conhecimento geral e específico** do processo seletivo para preenchimento das vagas remanescentes do **Programa de MESTRADO EM ODONTOLOGIA (Stricto Sensu), da UNINGÁ**, conforme Anexo I do presente.

1. O presente Edital entra em vigor na data de sua publicação.

Publique-se.

**Prof. Me. Ney Stival**  
Pró-Reitor de Ensino da UNINGÁ



ANEXO I

GABARITO PROCESSO SELETIVO MESTRADO EM ODONTOLOGIA  
IMPLANTODONTIA

Processo seletivo: 26/03/2018

QUESTÃO	RESPOSTA
1	E
2	A
3	B
4	C
5	D
6	E
7	E
8	D
9	E
10	B
11	E
12	E
13	D
14	A
15	E
16	Estes são dentes importantes para a manutenção do formato da arcada e de esquemas oclusais adequados
17	Redução da largura do osso de suporte Redução da altura do osso de suporte Perda de osso basal
18	Cone morse região anterior e hexágono externo região posterior
19	Imagens transversais e ampliação constante
20	Planejamento reverso: exame clínico, pedido de exames complementares, confecção guia cirúrgico E cirurgia de instalação dos implantes



GABARITO PROCESSO SELETIVO MESTRADO EM ODONTOLOGIA  
ORTODONTIA

Processo seletivo: 26/03/2018

QUESTÃO	RESPOSTA
1	E
2	D
3	A
4	B
5	A
6	E
7	C
8	A
9	C
10	B
11	C
12	B
13	C
14	D
15	D
16	A
17	Expansão rápida da maxila (Hyrax ou Haas, expansor fixo) + uso de máscara facial
18	<p>Levar em consideração envolvimento estético, severidade da má oclusão de Classe II, colaboração do paciente. Pode ser tratado em 1 ou 2 fases: ortopedia + ortodontia, ou somente ortodontia.</p> <p>Possibilidades de tratamento: Pode ser usado aparelho ortopédico funcional (ativador, Bionator, AEB, AEB conjugado, etc) até a dentadura permanente e depois aparelho fixo e se necessário AEB mais elásticos de Classe II para finalizar a obtenção de uma Classe I. Pode-se aguardar até a dentadura permanente e tratar o paciente em apenas uma fase, aparelhos fixos + AEB ou elásticos de Classe II ou aparelho propulsor mandibular.</p>
19	<p>No diagnóstico deve-se considerar principalmente a queixa principal do paciente. Além disso, a severidade da má oclusão de Classe II, quantidade de apinhamento, envolvimento estético da face.</p> <p>As possibilidades de tratamento principais são: tratamento orto-cirúrgico, se houver envolvimento estético da face-perfil e queixa do paciente neste sentido; caso não haja, o tratamento realizado será compensatório, com aparelhos fixos podendo incluir uso de propulsores mandibulares, elásticos de Classe II, ou extração de 2 pré-molares superiores.</p>
20	<p>Relação cêntrica (RC) é a posição craniomandibular onde o côndilo e o disco estão firmemente alojados na posição mais anterior e superior da fossa glenóide. Independe dos contatos dentários.</p> <p>Oclusão em relação cêntrica (ORC) é quando a posição condilar em RC coincide com a oclusão com maior número de contatos dentários.</p> <p>Máxima intercuspidação habitual (MIH) é a posição de oclusão com maior número de contatos dentário e que a mesma não coincide com a relação cêntrica. Devemos tentar finalizar os casos em RC sempre que possível; quando não for possível, finalizar em MIH mas com a menor diferença possível da RC.</p>



GABARITO PROCESSO SELETIVO MESTRADO EM ODONTOLOGIA  
PRÓTESE DENTÁRIA

Processo seletivo: 26/03/2018

QUESTÃO	RESPOSTA
1	A
2	D
3	A
4	C
5	C
6	F V V F
7	A
8	V V V F
9	A
10	B
11	C
12	A
13	B
14	A
15	D
16	<p>Esta etapa tem como objetivo permitir a cópia do relacionamento dos tecidos moles com a prótese a ser confeccionada. Essa moldagem de borda permite que os tecidos moles imprimam no material de moldagem suas exatas dimensões e posicionamento durante sua função, contribuindo para a moldagem funcional em próteses total. A moldagem de borda permite determinar os limites de extensão da prótese, diminuindo a incidência de traumas à mucosa na região de fundo de vestibulo e do deslocamento da prótese causado por freios e bridas musculares. A moldagem de borda permite o vedamento de todo o perímetro da prótese, contribuindo para a retenção da mesma por meio de forças de coesão com a saliva e pressão atmosférica.</p>
17	<p>As próteses sobre implante parafusadas apresentam como principal vantagem a reversibilidade, ou seja, a possibilidade de serem removidas e reinstaladas para a verificação da saúde dos tecidos periimplantares, limpeza profissional e eventuais reparos e retorques em parafusos de fixação. Podemos citar como desvantagem o orifício de acesso ao parafuso de fixação, que pode vir a comprometer a estética e reduzir a resistência mecânica da prótese, em comparação a uma prótese cimentada. Devido a estas características, as próteses parafusadas são utilizadas nos casos de reabilitações extensas, ou elementos posteriores, aquelas que apresentam maiores taxas de complicação e menor comprometimento estético. As próteses cimentadas, por não apresentarem parafusos de fixação, são mais estéticas; por isso, são comumente utilizadas em dentes anteriores, principalmente aqueles com inclinação desfavorável. Nestes casos, instala-se pilares personalizados, corrigindo a inclinação. Entretanto, a principal desvantagem é a impossibilidade de remoção da prótese sem causar danos à mesma. Considerando que o afrouxamento de parafusos é a complicação mais frequente em próteses sobre implantes, em um eventual afrouxamento do abutment/pilar, faz se necessário o desgaste da coroa e confecção de uma nova prótese.</p>
18	<p>Para a confecção de uma PPR em um arco edentado classe I de Kennedy devemos realizar os nichos na face mesial dos pilares diretos, de modo a permitir a confecção de apoios mesiais, distantes do espaço protético. Este planejamento oferece uma</p>

	<p>prótese com biomecânica mais favorável, pois enquanto os apoios distais, próximos do espaço protético configuram uma alavanca de primeira classe quando ocorrem os movimentos de rotação distal, os apoios mesiais estabelecem nos retentores diretos uma alavanca de segunda classe. Nesta situação, obtemos um grampo ativo à remoção e passivo à mastigação, além de diminuir forças que possam levar à inclinação dos pilares para distal.</p>
19	<p>Para uma coroa metalocerâmica é necessário realizar desgastes com espessura de 1,5 a 2 mm nas paredes axiais e 2 mm nas superfícies oclusais/incisais, garantindo a rigidez estrutural do material cerâmico. Desgastes excessivos devem ser evitados, buscando sempre a preservação de tecido dentinário e do órgão pulpar. O término cervical deve ser posicionado ao nível gengival, respeitando a distância biológica dos tecidos periodontais e facilitando a higienização. Nas superfícies vestibulares em áreas estéticas, o término cervical pode ser posicionado intra-sulcular, de modo a mascarar a interface dente/prótese. O desenho de término mais utilizado é o chanfrado e deve ser liso e nítido, apresentando um bom acabamento superficial. Isso permite a confecção de uma prótese com integridade e adaptação marginal adequadas, sem irregularidades ou espaços marginais. As paredes axiais do preparo devem apresentar uma conicidade de 6 a 12 graus, conferindo retenção friccional moderada e permitindo o escoamento do agente de cimentação. Os preparos não devem apresentar ângulos agudos ou irregularidades, favorecendo a conformação da liga metálica durante a fundição.</p>
20	<p>O protocolo envolve o tratamento da superfície das cerâmicas e do substrato dental.</p> <p><u>Cerâmicas vítreas</u> – O protocolo para a cimentação das cerâmicas vítreas depende da sua composição. Cerâmicas vítreas feldspáticas e reforçada por leucita devem ser condicionadas com ácido fluorídrico 10% durante 60 segundos (lavagem durante 30 segundos), aplicação de ácido fosfórico 37% durante 30 segundos (lavagem 30 segundos). Em seguida, aplica-se um agente de união silano, responsável pela interação química entre a cerâmica e cimento resinoso, seguido de uma fina camada de adesivo.</p> <p><u>Zircônia</u> – Realizar o jateamento da superfície com partículas de óxido de alumínio (tamanho de 50 µm) revestidas com sílica durante 10 segundos com pressão entre 1-2 bar. Em seguida, aplicar um agente de união químico contendo silano (realiza a interação química entre a sílica depositada sobre a superfície e cimento resinoso) e 10-MDP (monômero fosfatado responsável por realizar a união química com a zircônia).</p> <p><u>Substrato dental</u> – Condicionamento do esmalte dental com ácido fosfórico 37% durante 30 segundos e dentina durante 15 segundos. Após lavagem, o esmalte dental deverá estar seco e a dentina umedecida (caso seja optado por um sistema adesivo convencional). Aplica-se o adesivo no substrato dental (primer somente quando há dentina e aplicar jato de ar durante 20 segundos para evaporação da água e solventes). Após o tratamento da superfície dos substratos envolvidos, cimentar a peça cerâmica com o cimento resinoso de escolha.</p>