



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
EDITAL Nº 1 - COREMU/UFPA, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2015

PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2016

Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico

ODONTOLOGIA

17 de janeiro de 2016

Nome do Candidato: _____

Nº de Inscrição: _____

Assinatura _____

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

1. Confira se a prova que você recebeu corresponde a especialidade a qual você está inscrito, conforme consta no seu cartão de inscrição e cartão-resposta. Caso contrário comunique imediatamente ao fiscal de sala.
2. Confira se, além deste BOLETIM DE QUESTÕES, você recebeu o CARTÃO-RESPOSTA, destinado à marcação das respostas das questões objetivas.
3. Este BOLETIM DE QUESTÕES contém a 50 (cinquenta) questões objetivas, sendo 15 do SUS e 35 de Área Específica. Caso exista alguma falha de impressão, comunique imediatamente ao fiscal de sala. Na prova há espaço reservado para rascunho. **Esta prova terá duração de quatro horas, tendo seu início às 8:00 hs e término às 12:00 hs (horário de Belém-PA).**
4. Cada questão objetiva apresenta 5 (cinco) opções de resposta, identificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E). Apenas uma responde adequadamente à questão, considerando a numeração de 01 a 50.
5. Confira se seu nome, número de inscrição, especialidade e data de nascimento, consta na parte superior do CARTÃO-RESPOSTA que você recebeu. Caso exista algum erro de impressão, comunique imediatamente ao fiscal de sala, a fim de que o fiscal registre no formulário de Correção de Dados a devida correção.
6. O candidato deverá permanecer, obrigatoriamente, no local de realização da prova por, no mínimo, duas horas após o início da prova. A inobservância acarretará a eliminação do concurso.
7. É obrigatório que você assine a LISTA DE PRESENÇA e o CARTÃO-RESPOSTA do mesmo modo como está assinado no seu documento de identificação.
8. A marcação do CARTÃO-RESPOSTA deve ser feita somente com caneta esferográfica de tinta preta ou azul, pois lápis não será considerado.
9. Em hipótese alguma haverá substituição do CARTÃO-RESPOSTA por erro do candidato. A substituição só será autorizada se for constatada falha de impressão.
10. O BOLETIM DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA serão devolvidos ao final da sua prova. O CARTÃO-RESPOSTA é o único documento válido para o processamento de suas respostas.
11. Será automaticamente eliminado do Processo Seletivo de Residência Multiprofissional o candidato que durante a realização da prova descumprir os procedimentos definidos no Edital nº 01/COREMU/2015 do referido processo.

Boa Prova.

FADESP

SUS

1. O trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos no Pacto em Defesa do SUS deve considerar como diretriz
 - (A) estabelecimento do diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS.
 - (B) promoção da cidadania como estratégia de mobilização social, tendo a questão da saúde como um direito.
 - (C) repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, aproximando-a dos desafios atuais do SUS.
 - (D) articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito.
 - (E) desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

2. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, institui
 - (A) são estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar, somente, para crianças e idosos.
 - (B) o impedimento de destinação de recursos públicos para auxílios nos tratamentos de portadores de doenças crônicas.
 - (C) estabelece os direitos e deveres dos usuários em relação ao atendimento nos Programas de Saúde da Família.
 - (D) esta lei regula, somente nos municípios, as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.
 - (E) as ações e os serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente seja mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

3. A regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do pacto de Gestão. Quanto aos objetivos da Regionalização pode-se afirmar que garante o(a)
 - (A) acesso somente aos serviços de saúde de média complexidade no município.
 - (B) direito à saúde, somente a nível local, que possibilite a redução das desigualdades no acesso às ações e aos serviços de saúde existentes no município.
 - (C) acesso, resolutividade e qualidade às ações e aos serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal.
 - (D) integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso nos níveis de baixa e média complexidade do sistema.
 - (E) integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso no nível de alta complexidade do sistema.

RASCUNHO

- 4.** Com relação à Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial, pode-se afirmar que
- (A)** a Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde públicos.
 - (B)** a Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde privados.
 - (C)** a Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados.
 - (D)** os complexos reguladores podem ter abrangência inframunicipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e sua respectiva gestão serem pactuadas em processo democrático e solidário entre as duas esferas de gestão do SUS.
 - (E)** os complexos reguladores podem ter abrangência inframunicipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e sua respectiva gestão serem pactuadas em processo democrático e solidário, na esfera estadual de gestão do SUS.
- 5.** Os municípios têm como responsabilidade, na Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria,
- (A)** coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS.
 - (B)** realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta de serviços.
 - (C)** adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes municipais.
 - (D)** monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas nos estados, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais.
 - (E)** manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas da Secretaria de Saúde do Estado.
- 6.** Sobre as diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, é correto afirmar que a(s)
- (A)** União é quem determina as necessidades de manutenção e expansão dos quadros de trabalhadores da saúde para os estados e municípios.
 - (B)** Secretarias de Saúdes Estaduais devem formular diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS.
 - (C)** duas esferas de gestão devem propor estudos quanto às estratégias e ao financiamento para os trabalhadores do SUS.
 - (D)** política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, o tratamento dos conflitos e a humanização das relações de trabalho.
 - (E)** políticas de recursos humanos para a Atenção Básica de Saúde são de responsabilidade, única e exclusivamente, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS.
- 7.** Quanto à educação na saúde, é responsabilidade do município
- (A)** incentivar junto à rede de ensino, no âmbito estadual, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.
 - (B)** incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, estadual e nacional, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.
 - (C)** propor e pactuar, com o Sistema Federal de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção.
 - (D)** promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS.
 - (E)** apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular na saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde.

8. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, publicada no DOU de 20/09/1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. No Art. 18, estão estabelecidas as competências da direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS entre elas
- (A) formar consórcios administrativos intermunicipais.
 - (B) formar consórcios administrativos interestaduais.
 - (C) formar consórcios administrativos intermunicipais e interestaduais.
 - (D) dar execução, no âmbito estadual, à política de insumos e equipamentos para a saúde.
 - (E) controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços municipais, estaduais e federais de saúde.
9. Está correto afirmar que
- (A) a organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social.
 - (B) o Plano Diretor de Investimento – PDI, expressa os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no planejamento nacional.
 - (C) o Plano Diretor de Regionalização – PDR, expressa o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada município.
 - (D) entre as premissas da descentralização, podemos dizer que, a Comissão Intergestores Bipartite e o Ministério da Saúde promoverão a apoiarão o processo de qualificação permanente para as Comissões Intergestores Tripartite.
 - (E) os principais instrumentos de planejamento da regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI, a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI, o Piso de Atenção Básica – PAB e o Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável.
10. Entre os objetivos do fortalecimento da Atenção Básica está
- (A) garantir o financiamento da atenção básica como responsabilidade das duas esferas de gestão do SUS.
 - (B) ampliar a estratégia de Saúde da Família, e os serviços de média e alta complexidade nos grandes centros urbanos.
 - (C) garantir o financiamento da atenção básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.
 - (D) consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família, somente, nos pequenos municípios.
 - (E) implantar o processo de monitoramento e avaliação da atenção básica nas duas esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.
11. A lei 8080/90, no Art. 13, determina a articulação das políticas e dos programas, a cargos das comissões intersetoriais, abrangendo, em especial, as seguintes atividades:
- (A) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiológica; recursos humanos; ciência e tecnologia e saúde do trabalhador.
 - (B) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiológica; recursos humanos; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.
 - (C) alimentação e nutrição; vigilância sanitária e farmacoepidemiológica; recursos humanos; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.
 - (D) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiológica; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.
 - (E) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância epidemiológica; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.

RASCUNHO

- 12.** A lei 8142/90 refere em seu Art. 2º que os recursos do Fundo Nacional de Saúde – FNS serão alocados como
- (A) cobertura das ações e dos serviços de saúde a serem implementados pela União.
 - (B) investimentos previstos no Plano Quinquenal dos Ministérios da Saúde e da Educação.
 - (C) investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Executivo e aprovados pelo Congresso Nacional.
 - (D) despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta.
 - (E) despesas de custeio e de capital dos Ministérios da Saúde e da Educação, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta.
- 13.** Em relação à direção e articulação do SUS, é correto afirmar que a(o)
- (A) direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.112/1990.
 - (B) definição sobre o número de membros de cada CIT deve considerar as diferentes situações de cada estado, como número de municípios, número de regiões de saúde, buscando a maior representatividade possível.
 - (C) processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que pactuarão sobre a organização, direção e gestão da saúde.
 - (D) CIB é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS, sendo um espaço tripartite para a elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS.
 - (E) CIT, composta igualmente de forma paritária e integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde COSEMS ou órgão equivalente, é a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.
- 14.** O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Entre as suas prioridades, foi pactuada a Promoção da Saúde, que tem como um dos seus objetivos elaborar e implementar uma política de promoção da saúde, de responsabilidade do(s) gestor(es)
- (A) municipal.
 - (B) municipal estadual e federal.
 - (C) municipal e estadual.
 - (D) estadual e federal.
 - (E) municipal e federal.
- 15.** A Participação Social no SUS é um princípio doutrinário assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90) e é parte fundamental do Pacto pela Vida. Uma das ações que deve ser desenvolvida para fortalecer o processo de participação social é
- (A) apoiar o processo de formação dos conselheiros.
 - (B) apoiar o processo de formação dos conselheiros e dos secretários municipais e estaduais de saúde.
 - (C) estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde, educação e segurança nos municípios.
 - (D) apoiar os processos de educação popular e permanente na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS.
 - (E) apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde e educação.

ÁREA ESPECÍFICA

16. Em busca de um correto diagnóstico, diante de uma ampla variedade de lesões que podem acometer a boca e os tecidos circunvizinhos, o cirurgião-dentista recorre a exames complementares, dentre os quais se destaca o exame anatomopatológico. Em relação à coleta de material para este exame, é correto afirmar que

- (A) existem apenas três tipos de biópsia: incisional, excisional e citologia esfoliativa
- (B) existem apenas dois tipos de biópsia: incisional e excisional.
- (C) existem apenas quatro tipos de biópsia: incisional, excisional, punção aspirativa por agulha fina e citologia esfoliativa.
- (D) existem apenas três tipos de biópsia: incisional, excisional e punção aspirativa por agulha fina.
- (E) existem apenas quatro tipos de biópsia: incisional, excisional, aspiração por contraste e citologia esfoliativa.

17. O hemograma é um dos exames mais solicitados no laboratório clínico por fornecer dados que ajudam no diagnóstico de doenças e também por auxiliar no acompanhamento evolutivo do tratamento. Sobre a interpretação de um hemograma, é correto afirmar que

- (A) o aumento absoluto do número de neutrófilos, na maioria das vezes, traduz processos infecciosos.
- (B) o aumento absoluto do número de neutrófilos, na maioria das vezes, traduz processos alérgicos.
- (C) o aumento absoluto do número de neutrófilos, na maioria das vezes, traduz processos anêmicos.
- (D) o aumento absoluto do número de neutrófilos, na maioria das vezes, traduz processos idiopáticos.
- (E) o aumento absoluto do número de neutrófilos, na maioria das vezes, traduz processos hemorrágicos.

18. Podemos definir a alergia como um distúrbio do sistema imunológico. A classificação mais comum das reações alérgicas é baseada no mecanismo imunológico envolvido e no tempo da reação. De acordo com esta classificação, podemos afirmar que as reações alérgicas do tipo I se caracterizam por

- (A) reações tardias mediadas pelos linfócitos T.
- (B) reações mediadas por IgG e/ou IgM e geralmente envolvem discrasias sanguíneas.
- (C) reações mediadas por mastócitos e IgE.
- (D) complexos imunes que ativam o sistema complemento.
- (E) microprecipitações de imunocomplexos em pequenos vasos sanguíneos.

19. As reações anafiláticas são consequência da sensibilização alérgica, com formação de anticorpos específicos da classe IgE que irão interagir e ativar mastócitos e basófilos. Marque a alternativa que destaca o principal mediador químico endógeno liberado na degranulação dos mastócitos

- (A) heparina.
- (B) bradiquininas.
- (C) tromboxanos.
- (D) histamina.
- (E) leucotrienos.

20. Apesar de todos os fenômenos alérgicos serem importantes, dois são de particular importância em odontologia. Os dois tipos de reações alérgicas mais relacionados a procedimentos odontológicos são

- (A) reação alérgica do tipo I (imediate), ou anafilática, que pode apresentar potencial risco de morte, e reação alérgica do tipo IV (tipo tardia), que se manifesta clinicamente como dermatite de contato.
- (B) reação alérgica do tipo III (imunocomplexos) e reação alérgica do tipo IV (tipo tardia), que se manifesta clinicamente como dermatite de contato.
- (C) reação alérgica do tipo I (imediate), ou anafilática, que pode apresentar potencial risco de morte, e reação alérgica do tipo III (imunocomplexos).
- (D) reação alérgica do tipo IV (tipo tardia), que se manifesta clinicamente como dermatite de contato, e reação alérgica do tipo II (citotóxica).
- (E) reação alérgica do tipo I (imediate) e reação alérgica do tipo II (citotóxica), que podem apresentar potencial risco de morte.

- 21.** São sintomas clássicos da anafilaxia grave
- (A) sensação de calor, broncoespasmo e comprometimento neurológico.
 - (B) hipóxia, hipertensão e comprometimento neurológico.
 - (C) febre, hipotensão e comprometimento neurológico.
 - (D) hipóxia, hipotensão e comprometimento neurológico.
 - (E) hipóxia, febre e comprometimento neurológico.
- 22.** Marque a alternativa que apresenta os exames a serem solicitados quando se objetiva avaliar eventuais distúrbios hemostáticos
- (A) creatinina, tempo de protrombina e tempo de tromboplastina parcial ativada.
 - (B) tempo de coagulação, contagem de plaquetas, tempo de protrombina e creatinina.
 - (C) hemograma, urina, contagem de linfócitos, tempo de protrombina e tempo de tromboplastina parcial ativada.
 - (D) tempo de sangramento, contagem de plasmócitos e tempo de protrombina.
 - (E) tempo de sangramento, contagem de plaquetas, tempo de protrombina e tempo de tromboplastina parcial ativada.
- 23.** Do ponto de vista legal, marque a alternativa verdadeira em relação ao previsto em lei como padrão de atuação do cirurgião-dentista em âmbito hospitalar
- (A) o cirurgião-dentista é o responsável direto pelo seu paciente quando da internação hospitalar.
 - (B) no ato da internação hospitalar o cirurgião-dentista passa a ser o responsável indireto pelo seu paciente, sendo o médico o responsável direto.
 - (C) no ato da internação hospitalar o cirurgião-dentista passa a ser o responsável indireto pelo seu paciente, sendo o enfermeiro o responsável direto.
 - (D) somente cirurgiões-dentistas especialistas em cirurgia bucomaxilofacial podem ser responsáveis pela internação de pacientes em hospitais.
 - (E) somente cirurgiões-dentistas especialistas em patologia bucal podem ser responsáveis pela internação de pacientes em hospitais.
- 24.** A quantidade de pacientes que são submetidos a tratamento clínico e/ou cirúrgico odontológico, sob anestesia geral, tem crescido muito nos últimos anos. Em odontologia, a anestesia geral é indicada
- (A) a pacientes com trismo e anquilose.
 - (B) a portadores de encefalopatias graves e moderadas, que possuem disfunção locomotora.
 - (C) pacientes com graves distúrbios psiquiátricos.
 - (D) pacientes com deficiência física e mental grave.
 - (E) todas estão corretas.
- 25.** A citologia esfoliativa consiste em colher as células mais superficiais de uma lesão através de esfoliação (raspagem). A coleta de material através da citologia esfoliativa pode ser realizada com
- (A) espátula de madeira ou plástico somente.
 - (B) espátula de madeira, espátula de metal ou com escovas chamadas *cytobrushes*.
 - (C) com escovas do tipo *cytobrushes* somente.
 - (D) com espátula de metal ou com escovas chamadas *cytobrushes* somente.
 - (E) com espátula de metal ou plástico somente.

RASCUNHO

- 26.** Com o objetivo de reunir em uma única unidade hospitalar todos os recursos necessários para o controle de um paciente em estado grave, nasceu, na década de 1960, a unidade de terapia intensiva (UTI). Sobre este assunto é correto afirmar que
- (A) uma comorbidade frequente no paciente internado em UTI é a infecção de origem comunitária ou nosocomial, constituindo-se uma das principais causas de mortalidade.
 - (B) várias classes de medicamentos são utilizadas para o tratamento do paciente em estado crítico, entretanto, a minoria destes medicamentos causa efeitos indesejáveis na boca.
 - (C) o tratamento de lesões herpéticas em pacientes imunocomprometidos em terapia intensiva deve ser realizado somente com antiviral tópico, para não causar reações cruzadas com outras drogas.
 - (D) o paciente em estado crítico requer assistência multiprofissional especializada, porém isto só deve ser efetuado após a saída do paciente da UTI.
 - (E) nas UTIs é raro pacientes apresentarem coagulopatias, razão pela qual o sangramento na boca não é preocupante, normalmente trata-se apenas de gengivite crônica.
- 27.** O conhecimento da rotina de funcionamento do centro cirúrgico e das peculiaridades do ambiente são fatores importantes para que o dentista tenha postura profissional. Neste contexto,
- (A) além da roupa própria do centro cirúrgico, devem-se usar máscara e gorros, somente. Os adereços como brincos, anéis, pulseiras e cordões devem ser evitados.
 - (B) além de jaleco branco, devem-se usar máscara, gorros e propés. Os adereços como brincos, anéis, pulseiras e cordões devem ser evitados.
 - (C) além da roupa própria do centro cirúrgico, devem-se usar máscara, gorros e propés. Os adereços como brincos, anéis, pulseiras e cordões devem ser evitados.
 - (D) além da roupa própria do centro cirúrgico, devem-se usar gorros e propés. O uso da máscara é dispensado, uma vez que o paciente está submetido à anestesia geral.
 - (E) além da roupa própria do centro cirúrgico, devem-se usar máscara, gorros e propés. Os adereços como brincos, anéis, pulseiras e cordões podem ser utilizados sem cautela.
- 28.** O paciente submetido à anestesia geral é intubado para que haja oxigenação PR por meio de ventilação mecânica. Em odontologia, na maioria dos casos, a intubação de escolha é
- (A) a máscara laríngea.
 - (B) a orofacial.
 - (C) a orotraqueal.
 - (D) a nasotraqueal.
 - (E) a nasofacial.
- 29.** As repetidas exposições ao látex nas clínicas odontológicas resultaram em um aumento significativo da hipersensibilidade ao látex em pacientes odontológicos e profissionais de odontologia. Os objetos que oferecem menor ou nenhum risco de alergia ao látex são
- (A) tubos de borracha para aspiração, máscara facial com elástico e materiais de moldagem.
 - (B) luvas convencionais de procedimentos, pontas de sugadores não-metálicos e isolamentos de silicone.
 - (C) dique de borracha para isolamento absoluto, luvas e gorro.
 - (D) taças de borracha para profilaxia, tubetes de anestésicos e gorros.
 - (E) isolamentos de silicone, materiais de moldagem e sugadores de metal.
- 30.** São considerados exames complementares
- (A) radiografias, restaurações dentárias e hemograma.
 - (B) tomografia, biópsia e coagulograma.
 - (C) pulpotomia, sialografia e radiografia panorâmica.
 - (D) raspagem gengival, hemograma e biópsia.
 - (E) tomografia, profilaxia bucal e moldagem.

- 31.** Em relação aos exames complementares, é CORRETO afirmar que
- (A) a biópsia incisional consiste na remoção total da lesão que está sendo pesquisada.
 - (B) a biópsia excisional consiste na remoção de parte da lesão que está sendo pesquisada.
 - (C) a citologia esfoliativa representa um tipo de biópsia.
 - (D) a biópsia incisional, em lesões malignas, representa, na maioria das vezes, o próprio tratamento da lesão.
 - (E) lesões pigmentadas e suspeitas de melanoma apresentam contraindicação de serem biopsiadas.
- 32.** É correto afirmar que
- (A) o aumento do número de leucócitos é chamado de leucopenia.
 - (B) a diminuição do número de leucócitos é conhecida como leucocitose.
 - (C) a plaquetopenia representa um aumento de plaquetas acima de $100 \times 10^9/L$.
 - (D) hemostasia é o conjunto de mecanismos fisiológicos que tem por finalidade a manutenção do sangue no interior dos vasos sanguíneos.
 - (E) o hemograma, na sua totalidade, contempla a análise da série vermelha e da série branca, porém a contagem global de plaquetas deve ser solicitada em exames específicos.
- 33.** Sobre as plaquetas é CORRETO afirmar que
- (A) o valor mínimo normal de plaquetas é de $100.000/mm^3$.
 - (B) não se observa sangramento anormal em procedimentos cirúrgicos quando as plaquetas estão presentes em número igual ou superior a $10.000/mm^3$.
 - (C) as plaquetas são importantes somente na fase final do processo de coagulação.
 - (D) o exame ideal para avaliar a função plaquetária é o tempo de protombina.
 - (E) a deficiência do fator de Von Willebrand impede uma completa ligação da plaqueta com o endotélio vascular.
- 34.** Anteriormente, o paciente gravemente enfermo era assistido por uma equipe formada apenas por profissionais da área médica e de enfermagem. Com a evolução do conhecimento e o aprimoramento, novas especialidades foram incrementando esta equipe. Sobre a odontologia na unidade de terapia intensiva, é CORRETO afirmar que
- (A) a higiene bucal inadequada do paciente internado em UTI e a pneumonia aspirativa hospitalar são fatores que determinam a necessidade de o cirurgião-dentista integrar a equipe multiprofissional em benefício do paciente em estado crítico.
 - (B) os pacientes críticos internados em UTI não apresentam hipossialia.
 - (C) a principal lesão fúngica associada aos pacientes críticos internados em UTI é a paracoccidiodomicose.
 - (D) a hiperplasia fibrosa inflamatória tende a se desenvolver em pacientes críticos internados em UTI.
 - (E) a estomatite nicotínica tende a se tornar mais pronunciada em pacientes críticos internados em UTI.
- 35.** O centro cirúrgico é um lugar especial dentro do hospital, convenientemente preparado segundo um conjunto de requisitos que o tornam apto à prática da cirurgia. Para efeito de controle asséptico, o centro cirúrgico divide-se em quais áreas?
- (A) irrestrita e semirrestrita.
 - (B) irrestrita, semirrestrita e restrita.
 - (C) irrestrita e restrita.
 - (D) semirrestrita e restrita.
 - (E) irrestrita e sem restrição.
- 36.** Em se tratando de risco cirúrgico, o paciente ASA I é
- (A) considerado normal e saudável.
 - (B) portador de doença sistêmica leve a moderada compensada
 - (C) considerado com doença sistêmica severa, que limita sua atividade, mas não é incapacitante.
 - (D) considerado com doença sistêmica severa, que limita sua atividade e causa risco de vida constante.
 - (E) considerado moribundo com expectativa de vida inferior a 24 horas.

37. Em se tratando de risco cirúrgico, o paciente ASA II é
- (A) considerado normal e saudável.
 - (B) portador de doença sistêmica leve a moderada compensada
 - (C) considerado com doença sistêmica severa, que limita sua atividade, mas não é incapacitante.
 - (D) considerado com doença sistêmica severa, que limita sua atividade e causa risco de vida constante.
 - (E) considerado moribundo com expectativa de vida inferior a 24 horas.
38. Em se tratando de risco cirúrgico, o paciente ASA III é
- (A) considerado normal e saudável.
 - (B) portador de doença sistêmica leve a moderada compensada.
 - (C) considerado com doença sistêmica severa, que limita sua atividade, mas não é incapacitante.
 - (D) considerado com doença sistêmica severa, que limita sua atividade e causa risco de vida constante.
 - (E) considerado moribundo com expectativa de vida inferior a 24 horas.
39. Em se tratando de risco cirúrgico, o paciente ASA IV é
- (A) considerado normal e saudável.
 - (B) portador de doença sistêmica leve a moderada compensada.
 - (C) considerado com doença sistêmica severa, que limita sua atividade, mas não é incapacitante.
 - (D) considerado com doença sistêmica severa, que limita sua atividade e causa risco de vida constante.
 - (E) considerado moribundo com expectativa de vida inferior a 24 horas.
40. Em se tratando de risco cirúrgico, o paciente ASA V é
- (A) considerado normal e saudável.
 - (B) portador de doença sistêmica leve a moderada compensada.
 - (C) considerado com doença sistêmica severa, que limita sua atividade, mas não é incapacitante.
 - (D) considerado com doença sistêmica severa, que limita sua atividade e causa risco de vida constante.
 - (E) considerado moribundo com expectativa de vida inferior a 24 horas.
41. Em se tratando de risco cirúrgico, o paciente ASA VI é
- (A) considerado normal e saudável.
 - (B) portador de doença sistêmica leve a moderada compensada.
 - (C) considerado com doença sistêmica severa, que limita sua atividade, mas não é incapacitante.
 - (D) considerado com morte clínica, sendo mantido para doação de órgãos.
 - (E) considerado moribundo com expectativa de vida inferior a 24 horas.
42. Qual dos critérios abaixo **não** se enquadra para alta da sala de recuperação pós-anestésica?
- (A) recuperação completa da consciência.
 - (B) função respiratória normal.
 - (C) função motora recuperada.
 - (D) instabilidade cardiovascular.
 - (E) ausência de globo vesical.
43. A hipertensão arterial consiste numa doença crônica e degenerativa de natureza multifatorial, que compromete principalmente o equilíbrio de sistemas vasodilatadores e vasoconstritores, que mantém o tônus vasomotor. Quais os valores persistentes que devem ser adotados para ser considerado um quadro de hipertensão arterial?
- (A) PA sistólica ≥ 140 e/ou PA diastólica ≥ 90 mmHg.
 - (B) PA sistólica ≥ 160 e/ou PA diastólica ≥ 90 mmHg.
 - (C) PA sistólica ≥ 140 e/ou PA diastólica ≥ 100 mmHg.
 - (D) PA sistólica ≥ 150 e/ou PA diastólica ≥ 100 mmHg.
 - (E) PA sistólica ≥ 160 e/ou PA diastólica ≥ 100 mmHg.

- 44.** O tratamento odontológico eletivo do paciente com história recente de infarto agudo do miocárdio (IAM) deve ser evitado por um período aproximado de
- (A) um mês.
 - (B) seis meses.
 - (C) um ano.
 - (D) dois anos.
 - (E) dois meses.
- 45.** O protocolo de atendimento odontológico cirúrgico ambulatorial para pacientes em uso exclusivo de ácido acetilsalicílico, como agregante plaquetário, obedece a qual padrão?
- (A) suspensão do medicamento por dois meses antes do ato cirúrgico.
 - (B) suspensão do medicamento um mês antes do ato cirúrgico.
 - (C) não é necessária a suspensão do medicamento.
 - (D) suspensão do medicamento por um ano antes do ato cirúrgico.
 - (E) suspensão do medicamento três dias antes do ato cirúrgico.
- 46.** Qual o antibiótico e o regime de administração para serem realizados na profilaxia antibiótica padrão em odontologia, em um paciente adulto?
- (A) amoxicilina 2,0 g via oral uma hora após a cirurgia.
 - (B) cefalexina 1,0 g via oral uma hora após a cirurgia.
 - (C) amoxicilina 2,0 g via oral uma hora antes a cirurgia.
 - (D) cefalexina 1,0 g via oral uma hora antes da cirurgia.
 - (E) azitromicina 500 mg via oral uma hora após a cirurgia.
- 47.** Qual o antibiótico e o regime de administração para serem realizados na profilaxia antibiótica em odontologia, em um paciente adulto alérgico a penicilina?
- (A) clindamicina 300 mg via oral uma hora após a cirurgia.
 - (B) cefalexina 1 g via oral duas horas antes da cirurgia.
 - (C) cefadroxil 1 g via oral uma hora antes da cirurgia.
 - (D) azitromicina 500 mg via oral duas horas antes da cirurgia.
 - (E) claritromicina 500 mg via oral uma hora antes da cirurgia.
- 48.** Qual o antibiótico e o regime de administração para serem realizados na profilaxia antibiótica padrão em odontologia, em crianças?
- (A) amoxicilina 50mg/kg via oral, uma hora antes do procedimento cirúrgico.
 - (B) amoxicilina 50mg/kg via oral, uma hora após o procedimento cirúrgico.
 - (C) azitromicina 100mg/kg via oral, uma hora antes do procedimento cirúrgico.
 - (D) claritromicina 100mg/kg via oral, uma hora antes do procedimento cirúrgico.
 - (E) cefazolina 20 mg/kg via oral, uma hora após do procedimento cirúrgico.
- 49.** Qual o antibiótico e o regime de administração para serem realizados na profilaxia antibiótica em odontologia em paciente adulto com impossibilidade de receber medicamento via oral?
- (A) clindamicina 100 mg/kg endovenosa uma hora antes do procedimento cirúrgico.
 - (B) cefazolina 100mg/kg endovenosa uma hora após o procedimento cirúrgico.
 - (C) azitromicina 15mg/kg endovenosa uma após o procedimento cirúrgico.
 - (D) cefadroxil 50mg/kg endovenosa uma após o procedimento cirúrgico.
 - (E) ampicilina 2g endovenosa uma hora antes do procedimento cirúrgico.
- 50.** Qual o antibiótico e o regime de administração para serem realizados na profilaxia antibiótica em odontologia em crianças alérgicas à penicilina e com impossibilidade de receber medicamento via oral?
- (A) clindamicina 20 mg/kg endovenosa trinta minutos antes do procedimento cirúrgico.
 - (B) cefazolina 100mg/kg endovenosa trinta minutos após o procedimento cirúrgico.
 - (C) azitromicina 15mg/kg endovenosa uma após o procedimento cirúrgico.
 - (D) cefadroxil 50mg/kg endovenosa trinta minutos o procedimento cirúrgico.
 - (E) ampicilina 2g endovenosa uma hora antes do procedimento cirúrgico.