

# ODONTOLOGIA

06/12/2015

PROVAS	QUESTÕES
CONHECIMENTOS DE SAÚDE PÚBLICA	01 a 15
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS	16 a 50

**SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO**

**LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES**

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas, cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.
2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se houver algum defeito dessa natureza, peça ao aplicador de prova para entregar-lhe outro exemplar.
3. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro, durante o seu preenchimento. Ao recebê-lo, verifique se seus dados estão impressos corretamente; se for constatado algum erro, notifique ao aplicador de prova.
4. No cartão-resposta, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta na cor PRETA, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.
5. Esta prova tem a duração de quatro horas, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, à leitura das instruções e à transcrição das respostas para o cartão-resposta.
6. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorridas duas horas de prova, e somente será permitido levar o caderno de prova a partir das 16 horas e 30 minutos, desde que permaneça na sala até esse horário.
7. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.

**OBSERVAÇÃO:** Quando apenas três candidatos permanecerem na sala para terminar a prova, estes deverão aguardar até que o último a entregue e terão seus nomes registrados em Relatório de Sala, no qual aporão suas respectivas assinaturas.

**— QUESTÃO 01 —**

Segundo Polignano, “A evolução histórica das políticas de saúde no Brasil está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los.” O autor, em *História das políticas de saúde no Brasil*, explica ainda que:

- (A) a conquista dos direitos sociais (saúde e previdência) não tem sido, ao longo dos anos, resultante do poder de luta e de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros, uma vez que os movimentos sociais no Brasil sempre foram muito incipientes.
- (B) a dualidade entre medicina preventiva e curativa nem sempre foi uma constante nas diversas políticas de saúde implementadas pelos vários governos.
- (C) a saúde sempre ocupou lugar central dentro da política do Estado brasileiro no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população; porém, sempre foi deixada na periferia do sistema no que se refere à destinação de recursos financeiros para o setor.
- (D) a lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo a nível internacional.

**— QUESTÃO 02 —**

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País. Com relação à sua organização e ao seu funcionamento, a normatização do Ministério da Saúde define o seguinte:

- (A) a equipe mínima deve ser composta de um médico, um enfermeiro e, no máximo, 12 agentes comunitários de saúde.
- (B) a carga horária semanal será de quarenta horas para todos os profissionais da equipe, exceto para os médicos.
- (C) os parâmetros de cobertura populacional para unidade básica de saúde (UBS) não são preestabelecidos por se tratar de assunto a ser definido pelos próprios gestores que desejarem organizar esse serviço.
- (D) cada unidade básica de saúde da família, em grandes centros urbanos, deve obedecer ao parâmetro recomendado por uma UBS de, no máximo, vinte mil habitantes, localizada dentro do território.

**— QUESTÃO 03 —**

A 15ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu recentemente, em Brasília, sob o tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”. Os municípios e estados se prepararam para ela realizando suas conferências de saúde municipais e estaduais. O que foi aprovado nesta conferência comporá a agenda dos próximos anos e definirá o campo de atuação do controle social na saúde, ajudando a promover mudanças e melhorando o Sistema Único de Saúde (SUS). No âmbito nacional, as conferências de saúde acontecem a cada

- (A) dois anos.
- (B) três anos.
- (C) quatro anos.
- (D) seis anos.

**— QUESTÃO 04 —**

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação que, de acordo com o Decreto n. 7508/2011, pactuarão, entre outros, aspectos administrativos e financeiros da gestão compartilhada, diretrizes acerca da organização de redes de atenção à saúde e sobre as Regiões de Saúde. As instâncias a que o enunciado se refere são:

- (A) Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Fundo Nacional de Saúde (FNS).
- (B) Conselho Estadual de Saúde (CES) e Comissão Intergestores Regional (CIR).
- (C) Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
- (D) Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

**— QUESTÃO 05 —**

A Lei Complementar n. 141/2012 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Com base nessa lei, os percentuais mínimos, das receitas brutas correntes dos Municípios e Estados, destinados obrigatoriamente à saúde, são, respectivamente, de

- (A) 20% e 10%.
- (B) 15% e 12%.
- (C) 13% e 15%.
- (D) 17% e 13%.

**— QUESTÃO 06 —**

A Lei Complementar n. 141/2012 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Estabelece ainda critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Para fins de apuração de valores estabelecidos na referida lei, são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde:

- (A) merenda escolar e outros programas de alimentação, executados em unidades do SUS.
- (B) pagamentos de aposentadorias e pensões dos servidores da saúde.
- (C) limpeza urbana e remoção de resíduos realizadas para preservação do meio ambiente.
- (D) gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

**— QUESTÃO 07 —**

Antes do término de seus mandatos, os secretários municipais de saúde precisam revisar sua gestão e verificar se estão devidamente registrados todos os atos administrativos desenvolvidos durante seu mandato. Algumas obrigações precisam ser cumpridas antes do encerramento de suas gestões. Para os efeitos de transição, o gestor da saúde e sua equipe deverão considerar que precisam ser disponibilizadas ao novo gestor todas as informações imprescindíveis, que servirão para uma prestação de contas de sua gestão e para subsidiar o novo secretário, orientando sua atuação na área da saúde. Dentre os documentos importantes para tal transição, destacam-se os instrumentos de gestão preconizados no PlanejaSUS (Sistema de Planejamento do SUS). São eles:

- (A) Relatório de Auditoria Municipal, Demonstrativo Financeiro e Relatório de Gestão.
- (B) Código Sanitário Municipal, Plano Plurianual e Plano Orçamentário Anual.
- (C) Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão.
- (D) Quadro de Metas Municipal, Plano Municipal de Saúde e Relatório Financeiro.

**— QUESTÃO 08 —**

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção primária, bem como sua resolutividade. A portaria ministerial que criou os NASF determina que:

- (A) eles sejam constituídos por equipes compostas de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada, servindo de porta de entrada para a população que necessita de atendimento especializado.
- (B) por não se constituírem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, os NASF não integram a rede básica de serviços.
- (C) por serem espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica, nem todas as atividades dos NASF podem ser desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, pois muitas dessas atividades necessitam de locais e equipamentos especiais.
- (D) eles devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

**— QUESTÃO 09 —**

O uso do coeficiente de mortalidade infantil como medida do estado geral de saúde de uma comunidade é baseado no pressuposto de que ele é particularmente sensível a mudanças socioeconômicas e a intervenções na saúde. O conhecimento desse coeficiente é importante para planejadores em saúde e gestores. A redução dessa taxa é um dos objetivos descritos nas Metas de Desenvolvimento para o Milênio. Para o cálculo desse indicador utilizam-se:

- (A) o número de óbitos de crianças menores de 5 anos / o número de crianças nascidas no período analisado, multiplicado por mil.
- (B) o número de óbitos de crianças menores de 1 ano / o número de crianças nascidas no período analisado, multiplicado por mil.
- (C) o número de óbitos de crianças menores de 1 ano / o número de crianças nascidas vivas no período analisado, multiplicado por mil.
- (D) o número de óbitos de crianças menores de 5 anos / o número de crianças nascidas vivas no período analisado, multiplicado por mil.

**— QUESTÃO 10 —**

Os acidentes e as violências configuram-se como um conjunto de agravos à saúde, que podem ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas acidentais (devidas ao trânsito, ao trabalho, as quedas, aos envenenamentos, afogamentos e a outros tipos de acidentes) e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). No Brasil (2008), as causas externas foram a terceira causa de mortalidade na população. Em resposta a essa realidade, algumas iniciativas foram desenvolvidas na tentativa de reduzir a morbimortalidade. Dentre elas, encontram-se:

- (A) a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente e a criação do Comitê de Mortalidade Materna no Ministério da Saúde.
- (B) o Código de Trânsito Brasileiro e a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade no Sistema Único da Saúde.
- (C) o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes e a criação do Comitê de Mortalidade Materna no Ministério da Saúde.
- (D) o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil e o Código de Trânsito Brasileiro.

**— QUESTÃO 11 —**

Os níveis de prevenção, segundo Leavell e Clark (1976), se configuram em primário, secundário e terciário. Posteriormente, outros autores agregaram a esses níveis de prevenção o primordial. Esses níveis correspondem a procedimentos e intervenções que podem ser inseridos nas diferentes fases do desenvolvimento de uma doença. Ações de prevenção primordial podem ser desenvolvidas a partir

- (A) de medidas que inibam os riscos ambientais, econômicos, sociais e comportamentais.
- (B) da redução da prevalência através de recursos que encurtem a duração da doença.
- (C) da proteção da saúde por esforços pessoais e comunitários, tais como a imunização.
- (D) de medidas que amenizem o impacto das doenças existentes nos indivíduos.

**— QUESTÃO 12 —**

A Promoção da Saúde é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasetorial e inter-setorial. Objetiva à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Constituem-se eixos operacionais da Política Nacional de Promoção da Saúde, revisada em 2015:

- (A) a territorialização, a cultura da paz e os determinantes sociais de saúde.
- (B) a participação, o controle social, a educação e a formação.
- (C) os determinantes sociais e de saúde e a vigilância em saúde.
- (D) a gestão em saúde e o enfrentamento das violências.

**— QUESTÃO 13 —**

Em um município brasileiro, realizou-se um estudo sobre a condição de saúde bucal dos idosos moradores das instituições de longa permanência da localidade. Os examinadores utilizaram um formulário da Organização Mundial de Saúde para a coleta dos dados e fizeram uma única visita aos moradores do lugar. Esse tipo de estudo epidemiológico se configura como um estudo do tipo:

- (A) caso controle.
- (B) coorte.
- (C) transversal.
- (D) ecológico.

**— QUESTÃO 14 —**

A complexidade da clínica em saúde, em alguns momentos, produz nos profissionais o reconhecimento da sua incapacidade na resolução dos problemas do usuário, dentro do seu conhecimento específico. Na Política Nacional de Humanização (PNH) são apresentados os recursos da Clínica Ampliada e do Projeto Terapêutico Singular (PTS), os quais possibilitam a construção compartilhada de diagnósticos e de terapêuticas. O PTS tem como momentos constituintes a

- (A) definição de hipóteses diagnósticas, a definição de metas de curto, médio e longo prazo, a divisão de tarefas e responsabilização e a reavaliação da progressão do PTS.
- (B) compreensão holística do processo saúde-doença, a ampliação do objeto de trabalho, a transformação dos instrumentos de trabalho e o suporte para os profissionais de saúde.
- (C) definição de hipóteses diagnósticas, a definição da equipe de referência e apoio matricial, a inclusão da escuta qualificada no processo de trabalho e a gestão participativa.
- (D) abordagem multidisciplinar, o rearranjo da organização e gestão dos serviços, o uso da avaliação de riscos no acolhimento da demanda e a busca de resultados eficientes.

**— QUESTÃO 15 —**

O genograma ou a árvore familiar é um instrumento no qual é possível, por meio da representação gráfica espacial de todos os seus membros, elaborar a imagem familiar. A ESF Estrela Azul confeccionou um genograma da família R. V. com as seguintes informações: caso índice feminino, viúva, sessenta e cinco anos, hipertensa e diabética. Reside com dois filhos, desempregados e alcoólatras, sendo que tem uma relação conflituosa com a sogra. Seus pais já são falecidos em decorrência de um acidente de trânsito. A causa de morte do esposo foi a doença etílica e suas consequências. Na história familiar do marido há vários casos de parentes com a mesma condição de saúde. Com base no histórico relatado, como deve ser a representação gráfica dessa família?

- (A) Os filhos são representados por quadrados abaixo da mãe e uma linha contínua envolve a família que reside junta.
- (B) O caso índice será representado por um quadrado e uma linha pontilhada envolvendo os filhos.
- (C) O caso índice será representado por um círculo com uma cruz e, no seu interior, serão descritas a idade e o sexo.
- (D) Os progenitores são representados com um triângulo e o símbolo dos filhos aparece ao lado da mãe.

**— RASCUNHO —**

**— QUESTÃO 16 —**

Paciente do gênero masculino, de 64 anos, tabagista, etilista, apresentou uma lesão ulcerada de bordos endurecidos na ponta da língua, com diagnóstico de carcinoma espinocelular. Se o gânglio linfático relacionado estiver palpável, provavelmente, será o

- (A) cervical profundo.
- (B) submandibular.
- (C) mental.
- (D) cervical profundo.

**— QUESTÃO 17 —**

Paciente do gênero feminino, de 52 anos, leucoderma, do lar, não etilista, não tabagista, queixou-se de lesão escura no lábio inferior, assintomática, com quatro anos de evolução. A diascopia mostrou tratar-se de uma lesão angiomatosa de origem vascular. A conduta que está contraindicada é a

- (A) biópsia excisional.
- (B) biópsia incisional.
- (C) crioterapia.
- (D) aplicação de esclerosante.

**— QUESTÃO 18 —**

As lesões de nervos sensoriais na região maxilofacial podem ser provocadas por fraturas faciais, remoção de dentes inclusos ou condições patológicas orais. A lesão do nervo que provoca a perda da continuidade do axônio e do endoneuro é denominada de:

- (A) neurotrose.
- (B) neuropraxia.
- (C) axonotrose.
- (D) hiperestesia.

**— QUESTÃO 19 —**

A paralisia de Bell se apresenta, clinicamente, como

- (A) bilateral.
- (B) relacionada à exposição ao calor.
- (C) unilateral.
- (D) associada a um tumor.

**— QUESTÃO 20 —**

O aspecto morfológico da mucosa bucal mais comumente associado a carcinomas espinocelulares, em seu estágio *in situ*, mostra uma lesão do tipo

- (A) ulcerada.
- (B) nodular.
- (C) pigmentada.
- (D) branco-avermelhada.

**— QUESTÃO 21 —**

O paciente com disceratose congênita (síndrome de Cole-Engam) pode apresentar lesões bucais que, posteriormente, podem sofrer transformação maligna; porém, o primeiro problema hematológico a se desenvolver no paciente é o seguinte:

- (A) anemia ferropriva.
- (B) anemia aplástica.
- (C) trombocitopenia.
- (D) leucocitose acentuada.

**— QUESTÃO 22 —**

A doença que representa um distúrbio linfoproliferativo maligno, que atinge inicialmente os linfonodos cervicais e supraclaviculares e é caracterizada histopatologicamente pela presença de uma célula atípica conhecida como célula de Reed-Sternberg, é:

- (A) linfoma de Burkitt.
- (B) linfoma não Hodgkin.
- (C) linfoma de Hodgkin.
- (D) leucemia mieloide.

**— QUESTÃO 23 —**

Paciente do gênero feminino, de 50 anos, oriunda do sul da Ásia, do lar, queixou-se de dor na mucosa bucal e apresentava múltiplas erosões, ulcerações irregulares e extensas, envolvendo o soalho, o ventre lingual e a mucosa bucal. O quadro era sugestivo de pênfigo vulgar. O diagnóstico dessa lesão é dado, preferencialmente, por meio de

- (A) teste terapêutico.
- (B) imunofluorescência direta associada à histopatologia.
- (C) imunofluorescência indireta associada à citopatologia.
- (D) histopatologia.

**— QUESTÃO 24 —**

O eritema multiforme é uma condição mucocutânea bolhosa e ulcerativa de etiopatogenia obscura, porém, em cerca de 50% dos casos, pode ser precedida por uma lesão como

- (A) o herpes simples.
- (B) a estomatite herpética aguda.
- (C) o penfigoide bolhoso.
- (D) o herpes-zóster.

**— QUESTÃO 25 —**

Um paciente que faz uso de warfarina (coumadin) deve ser monitorado por meio de qual exame laboratorial?

- (A) Tempo de coagulação.
- (B) Tempo de sangramento.
- (C) Tempo de tromboplastina.
- (D) Tempo de protrombina.

**— QUESTÃO 26 —**

Um paciente do sexo masculino, de 60 anos, apresentou-se na clínica odontológica com próteses totais em ambas as arcadas, queixando-se de ficarem apertadas. Radiograficamente, mostrava áreas escleróticas com aparência de “flocos de algodão”. Os exames complementares indicavam níveis normais de cálcio e fósforo, com aumento acentuado de fosfatase alcalina. Nesse caso, o diagnóstico provável é:

- (A) síndrome de Crouzon.
- (B) displasia cleidocraniana.
- (C) síndrome de Apert.
- (D) doença de Paget.

**— QUESTÃO 27 —**

Um cirurgião-dentista removeu um nódulo séssil, assintomático de 2 cm de diâmetro, com dois anos de evolução, na superfície dorsal da língua. Porém, houve discordância entre o diagnóstico do cirurgião, que indicou fibroma, e o laudo do patologista, que indicou carcinoma epidermoide. A lesão, a qual pode levar a esta confusão no aspecto histopatológico, é o

- (A) neurolenoma.
- (B) tumor de células granulares.
- (C) rabdomioma.
- (D) leiomioma.

**— QUESTÃO 28 —**

A lesão maligna, tipicamente de adultos e que radiograficamente apresenta múltiplas lesões radiolúcidas em saca-bocados, especialmente no crânio e na região maxilo-mandibular, é a seguinte:

- (A) osteossarcoma.
- (B) linfossarcoma.
- (C) doença de Hodgkin.
- (D) mieloma múltiplo.

**— QUESTÃO 29 —**

Qual exame deve ser solicitado para avaliar a via intrínseca da coagulação?

- (A) Tempo de sangramento.
- (B) Tempo de tromboplastina parcial ativada.
- (C) Tempo de protrombina.
- (D) Tempo de coagulação.

**— QUESTÃO 30 —**

As expressões “primeira intenção” e “segunda intenção” são apropriadas para a descrição do reparo ósseo. Em qual distância entre as margens livres de um osso fraturado há cicatrização por primeira intenção?

- (A) 0,5 mm.
- (B) 1,0 mm.
- (C) 1,5 mm.
- (D) 2,0 mm.

**— QUESTÃO 31 —**

Muitos dos procedimentos cirúrgicos orais e maxilofaciais requerem incisões. Quando da realização de incisões, é importante que alguns princípios básicos sejam lembrados. Esses princípios básicos definem que:

- (A) incisões devem ser realizadas com uma lâmina afiada e de tamanho adequado, permitindo que sejam feitas fácil e suavemente em vários movimentos, evitando danos ao tecido.
- (B) incisões devem ser realizadas em movimento firme e contínuo. Movimentos repetidos e hesitantes aumentam a quantidade de tecido danificado no interior da ferida e a quantidade de sangramento, retardando a cicatrização.
- (C) incisões ao longo da gengiva inserida e sobre áreas onde o tecido ósseo está comprometido são mais desejáveis que incisões através da gengiva não inserida e osso sadio.
- (D) incisões envolvendo toda espessura de superfícies epiteliais, que o cirurgião planeje reaproximar, devem ser feitas com a lâmina em posição paralela à superfície epitelial, produzindo bordas quadradas na ferida cirúrgica.

**— QUESTÃO 32 —**

Os glicocorticoides são medicamentos que o cirurgião bucomaxilofacial utiliza de forma rotineira. Quanto à duração de ação podem ser classificados em curta, intermediária e longa. Um exemplo de glicocorticoide de longa duração é a

- (A) betametasona.
- (B) triancinolona.
- (C) prednisona.
- (D) prednisolona.

**— QUESTÃO 33 —**

Os distúrbios convulsivos idiopáticos apresentam-se de várias formas, variando de pequeno a grande mal. O cirurgião bucomaxilo deverá descobrir pela anamnese o grau de controle da convulsão para decidir se a cirurgia oral pode ser realizada de forma segura. Nesse sentido, o adequado manejo de um paciente que desenvolve quadro de convulsão é o seguinte:

- (A) se o paciente apresentar vias aéreas obstruídas, devem ser tomadas medidas para reabri-las, como colocar a cabeça em flexão moderada e movimentar a mandíbula em direção contrária à da faringe.
- (B) se o paciente vomitar ou aparentar ter problemas para eliminar secreções das vias aéreas, sua cabeça deve ser posicionada de frente para que os materiais que estejam obstruindo sejam expelidos pela boca.
- (C) se a apneia demorar mais que 30 segundos, as técnicas de SBV devem ser realizadas. Embora frequentemente seja descrita como importante, a colocação de objetos entre os dentes é uma atitude perigosa e desnecessária.
- (D) se as convulsões forem contínuas, sem períodos de recuperação, são denominadas de estado epilético. Nesse caso, a busca de um auxílio de emergência é necessária, mesmo que esse tipo de convulsão não seja a que cause maior mortalidade.

**— QUESTÃO 34 —**

Todos os anestésicos locais injetáveis clinicamente são vasodilatadores. Após injeção de um anestésico local nos tecidos, os vasos sanguíneos dilatam-se, resultando em um aumento da perfusão no local, levando à seguinte reação:

- (A) aumento do sangramento no local do tratamento.
- (B) aumento da profundidade e duração da anestesia.
- (C) menores níveis plasmáticos do anestésico local.
- (D) diminuição da taxa de absorção do anestésico local.



**— QUESTÃO 35 —**

Os vasoconstritores são fármacos que contraem os vasos sanguíneos e, portanto, controlam a perfusão tecidual. São adicionados às soluções anestésicas locais para equilibrar as ações vasodilatadoras intrínsecas dos anestésicos locais. No que se refere à sua ação, conclui-se que:

- (A) a noradrenalina possui ação quase que exclusivamente sobre os receptores  $\alpha$  (90%) e também estimula as ações  $\beta$  no coração (10%). Apresenta 50% da potência vasopressora da adrenalina.
- (B) a levonordefrina parece atuar por meio da estimulação direta do receptor  $\alpha$  (75%) com alguma atividade  $\beta$  (25%). Apresenta 15% da potência vasopressora da adrenalina.
- (C) a fenilefrina estimula diretamente o receptor  $\beta$  (95%). Embora o efeito seja menor que o da adrenalina, sua duração é maior. Possui apenas 5% da potência vasopressora da adrenalina.
- (D) a felipressina age estimulando diretamente a musculatura lisa vascular. Suas ações parecem ser mais acentuadas na microcirculação arteriolar que venosa.

**— QUESTÃO 36 —**

O nervo trigêmeo é o maior dos doze nervos cranianos. É constituído de uma pequena raiz motora e de uma raiz sensorial consideravelmente maior. A raiz motora do trigêmeo é responsável pela inervação de alguns músculos. O nervo trigêmeo não inerva o músculo

- (A) milo-hióideo.
- (B) tensor do tímpano.
- (C) tensor do véu palatino.
- (D) ventre posterior do digástrico.

**— QUESTÃO 37 —**

A divisão oftálmica é o primeiro ramo do nervo trigêmeo. É puramente sensorial e é a menor das três divisões. Imediatamente antes de passar pela fissura orbital superior, divide-se em três ramos principais. O nervo que não é ramo da divisão oftálmica do nervo trigêmeo é o nervo

- (A) infraorbitário.
- (B) lacrimal.
- (C) nasociliar.
- (D) frontal.

**— QUESTÃO 38 —**

Uma anestesia bem-sucedida dos dentes e dos tecidos moles mandibulares é mais difícil de ser obtida que a anestesia das estruturas maxilares. Os fatores de insucesso são a maior variação anatômica na mandíbula e necessidade de penetração mais profunda dos tecidos moles. No que se refere à técnica anestésica conclui-se que

- (A) a técnica Gow-Gates é um verdadeiro bloqueio nervoso mandibular, por proporcionar uma anestesia sensorial em praticamente toda distribuição de V3. O nervo alveolar inferior, lingual, milo-hióideo, mental, incisivo, auriculotemporal e o bucal são todos bloqueados pela injeção de Gow-Gates.
- (B) a técnica de bloqueio do nervo bucal, designado comumente como bloqueio do nervo bucal longo, tem uma frequência de sucesso baixa, menor que 50%. A razão disso é que o nervo bucal é dificilmente acessível ao anestésico local, situando-se enterrado no osso.
- (C) técnica de Akinosi-Vazirani ou bloqueio mandibular de boca fechada é uma técnica que permite a anestesia dos nervos alveolar inferior, incisivo, mentoniano, nasiopalatino, lingual e milo-hióideo.
- (D) a técnica de bloqueio do nervo mentoniano está associada também ao bloqueio do nervo incisivo. Nessa técnica, são anestesiados os dentes pré-molares, canino, incisivo lateral e central, incluindo seus tecidos moles vestibular e lingual e o osso.

**— QUESTÃO 39 —**

De acordo com Fonseca e colaboradores, na quarta edição do livro *Oral and maxillofacial trauma* (2013), qual alternativa não é indicação absoluta para redução aberta de fratura condilar?

- (A) O deslocamento extracapsular do côndilo.
- (B) A desoclusão não passível de redução fechada.
- (C) O deslocamento condilar para fossa craniana média.
- (D) O deslocamento condilar maior que 45 graus.

**— QUESTÃO 40 —**

Em um atendimento inicial de paciente com trauma de face é importante realizar avaliação neurológica rápida, a fim de estabelecer o nível de consciência. A escala de coma de Glasgow é um método rápido e simples para determinar o nível de consciência e permite prever a evolução do doente. Ao realizar avaliação neurológica por essa escala, percebe-se que o paciente apresenta abertura ocular à dor, resposta motora com movimento de retirada e resposta verbal confusa. Nesse caso, o escore da escala de Glasgow que representa essas variáveis é:

- (A) 10
- (B) 11
- (C) 12
- (D) 13

**— QUESTÃO 41 —**

A incidência, severidade, morbidade e mortalidade das infecções têm declinado dramaticamente nos últimos 60 anos. Três fatores principais devem ser considerados na determinação da severidade de uma infecção de cabeça e pescoço: localização anatômica, taxa de progressão e comprometimento das vias aéreas. No que se refere à disseminação das infecções,

- (A) os espaços anatômicos da cabeça e do pescoço podem ser classificados em severidade, conforme nível de ameaça às vias aéreas ou às estruturas vitais. Os espaços vestibulares, infraorbital e subperiosteais podem ser classificados como de severidade moderada.
- (B) os espaços anatômicos que podem dificultar o acesso às vias aéreas devido ao edema ou trismo podem ser classificados como de alta severidade. Tais espaços anatômicos incluem o espaço mastigatório.
- (C) o espaço anatômico faríngeo lateral é considerado um espaço de alta severidade e tem como limites anatômicos o músculo constritor superior e médio da faringe, bainha carotídea, base do crânio, osso hioides, espaço retrofaríngeo e músculo pterigóideo lateral.
- (D) o espaço mastigatório é formado por outros espaços anatômicos que incluem submassetérico, pterigomandibular, espaços temporais fasciais e profundos e os espaços perimandibulares (bucal, submandibular, submental).

**— QUESTÃO 42 —**

A terapia com radiação é uma modalidade de tratamento valiosa para o câncer da região maxilofacial. Um dos efeitos colaterais mais ameaçadores é a osteorradionecrose (ORN). No caso de osteorradionecrose,

- (A) o tratamento com oxigenoterapia hiperbárica consiste em imersões de 90 minutos com 2 atm de pressão.
- (B) o quadro clínico mais comumente visto é osso exposto, porém sem dor.
- (C) a fratura patológica é descartada, mesmo em casos avançados.
- (D) uma dose de radiação acima de 5000 a 6000 rads torna a mandíbula suscetível à ORN.

**— QUESTÃO 43 —**

De acordo com José Nazareno Gil, nas cirurgias ortognáticas, existem três tipos de pacientes, levando em consideração sua queixa principal. O paciente tipo II é aquele que

- (A) não relata queixas funcionais e a correção do problema estético é o maior objetivo.
- (B) relata queixa funcional e estética, moderada, porém não quer mudar muito.
- (C) não apresenta queixa estética, e a correção do problema funcional é o maior objetivo.
- (D) não tem queixa funcional e nem estética e não quer operar.

**— QUESTÃO 44 —**

O distúrbio neurosensorial do nervo alveolar inferior é a complicação mais associada à osteotomia sagital do ramo mandibular (OSRM). Com que frequência esses distúrbios são relatados após OSRM?

- (A) 70%.
- (B) 75%.
- (C) 80%.
- (D) 85%.

**— QUESTÃO 45 —**

O conhecimento da anatomia óssea orbital, com seus forames, suas fissuras e áreas de inserção, ajuda o cirurgião a evitar lesões nas estruturas vitais que estão contidas dentro da órbita. As distâncias médias para a localização das estruturas críticas em relação aos reparos anatômicos são essenciais quando se pretende reconstruir as paredes orbitárias. Nesse sentido, a distância média entre a sutura zigomático-frontal e a fissura orbital superior deve ser:

- (A) 30
- (B) 35
- (C) 40
- (D) 42

**— QUESTÃO 46 —**

Uma das consequências que um trauma orbitário pode causar é a diplopia. Quando há fratura de soalho orbital pode haver distopia ocular vertical, produzindo diplopia. Até que distância uma distopia vertical pode ser acomodada pelo cérebro sem resultar em diplopia nos campos visuais primários?

- (A) 0,5 cm.
- (B) 0,6 cm.
- (C) 0,8 cm.
- (D) 1,0 cm.

**— QUESTÃO 47 —**

As fraturas que envolvem a parede posterior do seio frontal ou da placa cribiforme podem causar extravasamento do fluido cérebro-espinhal (CSF). A presença de CSF pode ser feita pela coleta deste fluido, comparando suas concentrações de glicose e cloro com as concentrações no soro do paciente. A concentração de glicose e cloro, respectivamente, que indicam a presença de CSF, é a seguinte:

- (A) 80-120mg/100mL e 100-106mEq/L.
- (B) 14-32mg/100mL e 119-125 mEq/L.
- (C) 58-90mg/100mL e 120-130 mEq/L.
- (D) 80-120mg/100mL e 119-125mEq/L.

**— QUESTÃO 48 —**

As placas e parafusos em liga de titânio são o padrão na fixação do esqueleto craniomaxilofacial, apresentando um baixo índice de complicações e excelente biocompatibilidade. Porém, uma controvérsia associada a eles e ossos em crescimento tem levado ao desenvolvimento de materiais de fixação reabsorvíveis. A desvantagem da utilização da fixação reabsorvível é:

- (A) a degradação do material pelo ciclo do ácido cítrico de CO<sub>2</sub> e H<sub>2</sub>O.
- (B) a impossibilidade de visualização em exames de imagem, como as tomografias computadorizadas.
- (C) a possibilidade de integração de substâncias como antibióticos no material de fixação.
- (D) o aumento do tempo transoperatório.

**— QUESTÃO 49 —**

A sutura considerada área-chave para redução e fixação do complexo zigomático-maxilar em fraturas panfaciais é a sutura

- (A) zigomático-maxilar.
- (B) esfeno-zigomática.
- (C) fronto-zigomática.
- (D) zigomático-temporal.

**— QUESTÃO 50 —**

A órbita é uma cavidade óssea que aloja o globo ocular. É uma pirâmide quadrangular com seu topo no ápice orbital. Os volumes de uma órbita e globo de um adulto são, respectivamente:

- (A) 30cc e 7cc
- (B) 35cc e 8cc
- (C) 40cc e 10cc
- (D) 45cc e 6cc