



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP**PROCESSO SELETIVO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE
SAÚDE – USP 2021**

22/11/2020

Instruções

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter 40 questões objetivas (7 questões de Interpretação de texto; 8 questões de Conhecimentos gerais; 25 questões de Conhecimentos específicos em Odontologia), com cinco alternativas cada uma, e um estudo de caso, com questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul**. Escreva com letra legível e não assine as suas respostas, para não as identificar.
6. As respostas das questões dissertativas deverão ser escritas exclusivamente nos quadros destinados a elas. O verso das folhas poderá ser utilizado para rascunho e não será considerado na correção.
7. Duração da prova: **4h30**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: **2h30**. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
8. Uma foto sua será coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST, nos termos da lei.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

INTERPRETAÇÃO DE TEXTO

TEXTO PARA AS QUESTÕES 01 E 02

A obesidade é considerada uma prioridade global de saúde pública por sua magnitude e relação com doenças crônicas. Em 2013, atingiu 20% dos adultos brasileiros, sendo 56,9% com sobrepeso (IBGE, 2015) e, embora políticas nacionais tenham sido instituídas (Dias et al., 2017), trata-se de um cenário de difícil reversão e que demanda articular o cuidado individual com ações que afetem o ambiente obesogênico (Poston et al., 1998; Swinburn et al., 2015). Além disso, a baixa efetividade das intervenções individuais pautadas em “modelos assistenciais” biologicistas e curativos impõe reflexões sobre os caminhos para a inovação das práticas de cuidado (Fertonani et al., 2015; Roberto et al., 2015).

O conceito de “modelo assistencial” vem sendo problematizado desde a década de 1970, quando emergiram as críticas ao denominado “modelo biomédico”. A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 impulsionou a reorientação desse modelo na direção da atenção integral à saúde, culminando com a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Além disso, a ótica da promoção da saúde reforçou novas concepções sobre cuidado ao propor ações positivas de saúde, considerando os múltiplos condicionantes do processo saúde/doença (Fertonani et al., 2015; Teixeira, 2006).

O debate sobre modelos assistenciais abarca elementos-chave como as formas de organização das relações entre profissionais e usuários, saberes e técnicas utilizadas para atender as necessidades em saúde, práticas e processos de trabalho (Fertonani et al., 2015). A reorientação dos modelos vigentes é um processo complexo que implica mudanças em distintas dimensões, tais como: (1) gerencial - referente aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e dos serviços; (2) organizativa - referente ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, considerando os níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado; e (3) técnico assistencial, ou operativa, referente às relações que se estabelecem entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, e recuperação e reabilitação) (Fertonani et al., 2015).

A ESF distingue-se do modelo biomédico por ser fundamentada na integralidade; na construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a atenção básica como articuladora dos demais níveis por meio dos mecanismos de referência e contrarreferência; na articulação entre promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação; no foco na família, grupos e comunidades; na compreensão dos condicionantes históricos, sociais, culturais do processo saúde/doença; nas relações acolhedoras, de vínculo,

compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde, gestores e população; e na equipe multiprofissional (Fertonani et al., 2015; Teixeira, 2006). Tais características estão relacionadas com as dimensões “organizativa” e “técnico assistencial” de reorientação dos modelos assistenciais, incluindo as “práticas de cuidado” (Mattos, 2001).

BURLANDY, L. et al. “Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil”. Cad. Saúde Pública. 2020, v. 36, n. 3, p. 01-19.

01

Segundo o texto, é correto afirmar que

- (A) a instituição do SUS reforçou o modelo biomédico, que prima pela atenção integral à saúde, concretizada na formação de equipes multiprofissionais.
- (B) o modelo biomédico foi uma resposta às problematizações levantadas desde a década de 1970 sobre os modelos assistenciais em saúde pública.
- (C) a Estratégia Saúde da Família, que resultou de reorientações no modelo biomédico estimuladas pela implantação do SUS, assume a integralidade como um de seus aspectos constitutivos.
- (D) os modelos assistenciais biologicistas e curativos inovaram as práticas de cuidado realizadas no país, especialmente no âmbito da obesidade.
- (E) as políticas nacionais instituídas no combate à obesidade, que articularam o cuidado individual a ações sobre o ambiente obesogênico, têm conseguido reduzir a incidência de obesidade.

02

Assinale a alternativa correta de acordo com o texto:

- (A) a Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe mudanças às dimensões gerencial, organizativa e operativa dos modelos assistenciais.
- (B) as práticas de cuidado passaram a integrar o modelo biomédico, a partir da construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).
- (C) o foco no acolhimento, no vínculo, no compromisso e na corresponsabilidade entre profissionais de saúde, gestores e população representa uma reorientação na dimensão gerencial da ESF.
- (D) o debate sobre os modelos assistenciais em saúde pública tem negligenciado as dimensões organizativa e operativa.
- (E) a compreensão dos condicionantes históricos, sociais e culturais do processo saúde/doença integra as novas concepções sobre as práticas de cuidado nos modelos assistenciais em saúde pública.

TEXTO PARA A QUESTÃO 03

Francisco & Diez-Garcia (2015) reiteram que a abordagem terapêutica da obesidade tem se detido no modelo biológico do qual derivam estratégias que são insuficientes para dar conta da complexidade do problema. Analisam vários estudos que indicam como as atitudes negativas dos próprios profissionais de saúde em relação ao excesso de peso podem afetar o tratamento e o julgamento clínico, dificultar o acesso aos serviços de saúde e condicionar, inclusive, o tempo de consulta. Estudos abordados pelos autores sinalizam que a maioria dos profissionais entrevistados não se sente qualificado para tratar a obesidade, o que os leva a sentimentos de limitação e frustração. Mesmo entre grupos especializados e interessados em tratar a obesidade, existem níveis consideráveis de preconceito – próximos ao da população em geral.

Assis (2017) também ressalta as frustrações e outras reações, até mesmo a raiva, expressas por profissionais que lidam com o tratamento da obesidade e com as “resistências” dos usuários em mudar seus hábitos, o que por vezes é atribuído a uma postura de “relaxamento da família” e “falta de disciplina”. Portanto, apesar das evidências científicas de que os fatores psicossociais, genéticos, metabólicos e hormonais condicionam a obesidade, ainda sobressai a hipervalorização das causas “pessoais” (Francisco & Diez-Garcia, 2015) e os profissionais de saúde acabam seguindo esta perspectiva, como observado no presente estudo. “Pacientes obesos” são rotulados como aqueles que não se cuidam ou que não querem se cuidar, que gastam dinheiro público com seu tratamento e são punidos por este dilema moral de culpa individual. A responsabilidade pessoal se torna peça central no processo de estigmatização da pessoa com obesidade, o que só reitera a importância de se problematizar o conceito de autocuidado para que não reforce esta perspectiva culpabilizadora (Francisco & Diez-Garcia, 2015).

BURLANDY, L. et al. “Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil”. Cad. Saúde Pública. 2020, v. 36, n. 3, p. 01-19.

03

Segundo o texto, é correto afirmar:

- (A) muitos profissionais de saúde ainda se sentem despreparados para lidar com a obesidade, manifestando níveis consideráveis de preconceito e culpabilizando os pacientes.
- (B) as evidências científicas de que a obesidade está condicionada a fatores psicossociais, genéticos, metabólicos e hormonais reduziram significativamente a estigmatização de pacientes obesos por profissionais de saúde.
- (C) os profissionais de saúde consideram que a postura de “relaxamento da família” e a “falta de disciplina” dos

pacientes obesos são a principal razão para o insucesso no tratamento da obesidade.

- (D) o conceito de autocuidado deve ser problematizado para que o paciente obeso intensifique sua responsabilidade pessoal perante o tratamento, disciplinando-se.
- (E) o modelo biológico prevê estratégias capazes de dar conta da complexidade do problema, por reconhecer a relevância dos fatores genéticos, metabólicos e hormonais na obesidade.

TEXTO PARA A QUESTÃO 04

De acordo com a WHO (1994) [Organização Mundial da Saúde], a maioria dos países da América Latina apresenta elevados índices de dentes cariados perdidos e obturados (CPO-D). No Brasil, o primeiro levantamento nacional realizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1988) revelou elevada prevalência de cárie dentária em todas as idades, em 1986. Porém, nos últimos anos, vem sendo observada a redução nacional neste índice, conforme estudos de Rosa et al. (1991) e Traebet et al. (2001), provavelmente, devido à expansão da fluoretação da água de abastecimento público em algumas regiões, além da disponibilidade de dentifrícios fluoretados em todo território nacional, a partir de 1989 (Brasil, 1989). Apesar disso, a cárie dentária ainda é considerada uma doença comum na infância, como relata Bedi et al. (2000). Está envolvida num processo dinâmico de saúde-doença, provocado por fatores de ordem geral, locais, sociais, econômicos e culturais.

De acordo com Moysés (2000), a condição social de uma população tem um grande poder de explicar as desigualdades na prevalência de cárie dentária. Estudo realizado pelo autor sugere que piores condições socioeconômicas estão intimamente relacionadas a um consumo mais elevado de açúcar, pior condição de higiene bucal, dificuldade de acesso às escovas e a cremes dentais e dificuldade de acesso aos tratamentos dentários, deixando a população mais exposta a esses fatores de risco e, consequentemente, ocorrendo o aumento na prevalência de cárie dentária.

Moynnham (2002) acrescenta que o consumo de alimentos é um dos fatores determinantes da cárie dentária, enquanto uma doença multifatorial. A cariogenicidade dos alimentos é, portanto, somente um entre vários componentes que poderão determinar a atividade de cárie de um indivíduo.

BATISTA, L. R. V.; MOREIRA, E. A. M.; CORSO, A. C. T. “Alimentação, estado nutricional e condição bucal da criança”. Rev. Nutr. 2007, v. 20, n. 2, p. 191-196.

04

Com base no texto, assinale a alternativa correta:

- (A) as condições socioeconômicas não se mostraram um fator relevante no que se refere às condições de emergência da cárie dentária.
- (B) o consumo de alimentos com teor elevado de açúcar é o principal fator explicativo para a emergência de cáries dentárias.
- (C) a fluoretação da água no abastecimento público consiste em um fator de provável relevância na redução do índice de cáries dentárias no país.
- (D) a cárie dentária não pode mais ser considerada, no Brasil, uma doença comum na infância, por conta da fluoretação da água e dos dentífricos.
- (E) as políticas públicas para controlar a incidência de cáries dentárias não devem considerar o padrão alimentar como um fator relevante.

TEXTO PARA A QUESTÃO 05

Ao final da década de 1970, com a progressiva erosão da capacidade gestora do Estado e o crescimento da consciência de desarticulação administrativa, apontava-se a desestatização para a superação da crise e germinou a necessidade de reforma do Estado (Fiori, 1989; 1997). Novos modelos de gestão e provisão de serviços também foram experimentados em países da Europa, mesmo os de sistemas universais de saúde. Reformas estimularam a concorrência e a conversão dos serviços públicos em mercados públicos como alternativa à privatização, com a possibilidade de financiamento e prestação por entes privados, inclusive na atenção primária à saúde (APS) (Sheaff et al., 2006). Nos anos 1990, o discurso neoliberal de crise econômica/gerencial ganhou força no Brasil, com propostas de superação baseadas em: ajuste fiscal, enxugamento da máquina pública e modificação de seu relacionamento com o setor privado (Diniz; Bosch, 2007). No governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a Nova Administração Pública ganhou institucionalidade com a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE). A implantação de Organizações Sociais (OS) configurou-se como estratégia central no PDRAE e a principal expressão de “Organizações Públicas Não-estatais”. Elas estabeleceriam contratos de gestão com o Estado para a prestação de serviços não exclusivos, com ganhos de qualidade, economicidade e ênfase nos resultados. Esse modelo causaria verdadeira revolução na gestão da prestação de serviços na área social.

RAMOS, A. L. P.; DE SETA, M. H. “Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014”. Cad. Saúde Pública. 2019, v. 35, n. 4, p. 1-15.

05

Na visão dos autores, as Organizações Sociais

- (A) foram responsáveis pela progressiva erosão da capacidade estatal de gerenciar a saúde no país.
- (B) constituem-se em modelos de gestão inspirados em experiências europeias de estatização da esfera da saúde.
- (C) revolucionaram a gestão e a prestação de serviços em saúde, uma vez que resultaram da privatização e da desregulamentação estatal do setor.
- (D) foram implantadas no âmbito do PDRAE como um reflexo do avanço do discurso neoliberal de crise econômica e gerencial no Brasil.
- (E) consistiram em estratégia fundamental do PDRAE para conter gastos estatais, ainda que a qualidade dos serviços tenha sido reduzida.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 06 E 07

[...] a Bioética da Proteção pode ser entendida como a parte da ética aplicada constituída por ferramentas teóricas e práticas que visam entender, descrever e resolver conflitos de interesses entre quem tem os meios que o "capacitam" (ou tornam competente) para realizar sua vida e quem, ao contrário, não os tem. Para isso, estabelecer a prioridade léxica de quem não dispõe de tais meios é primordial para respeitar concretamente o princípio de justiça, já que aplicar o valor da equidade como meio para atingir a igualdade é condição sine qua non da efetivação do próprio princípio de justiça. Os interesses conflitantes redundam em outro tipo de conflitos – chamados conflitos morais – e que só podem ser resolvidos dando suporte (protegendo) aos afetados para que possam desenvolver suas potencialidades e deixem de precisar desta proteção ou – como se diz – de "passar necessidades". De fato, os grupos particularmente vulneráveis, ou literalmente vulnerados (ou afetados), não são capazes, por alguma razão independente de suas vontades, de se defenderem sozinhos pelas condições desfavoráveis em que vivem ou devido ao abandono das instituições vigentes que não lhes oferecem o suporte necessário para enfrentar sua condição de afetados e tentar sair dela.

Nesse sentido, a Bioética da Proteção não se aplica, via de regra, aos indivíduos e às populações que – embora afetados negativamente ou suscetíveis de serem concretamente afetados – conseguem enfrentar essa condição existencial com seus próprios meios ou com os meios oferecidos pelas instituições vigentes e atuantes. Caso contrário, a proteção – considerada condição necessária para que a pessoa vulnerada saia de sua condição de vulneração e desenvolva sua competência para ter uma vida pelo menos decente – poderia ser confundida, pertinentemente, com "paternalismo", porque proteger visa dar o suporte necessário para que o próprio indivíduo potencialize suas capacidades e possa fazer suas escolhas de forma competente, ao passo que

o paternalismo pode, em nome do (suposto) bem-estar do outro, infantilizá-lo e sufocá-lo, impedindo sua capacitação para viver uma vida decente e livre, tornando-o, assim, sempre dependente das escolhas alheias. Em suma, proteger significa dar as condições de vida que cada qual julgue necessárias para capacitá-lo na tomada de suas próprias decisões enquanto ser racional e razoável. Se não for assim, a Bioética da Proteção contraditaria um dos valores básicos das sociedades seculares e democráticas modernas, que é o direito ao exercício da autonomia pessoal e, em alguns casos, o dever de exercê-la, sendo, portanto, responsável por seus atos.

SCHRAMM, F. R. "Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização". Revista Bioética. 2008, v. 16, n. 1, p. 11-23.

06

Segundo o texto, a Bioética da Proteção prioriza

- (A) os grupos vulneráveis de modo geral, posto que são alvos de conflitos morais que usualmente os levam a abandonar as instituições que os acolhem.
- (B) as populações afetadas negativamente pelas condições vigentes, não diferenciando entre aquelas que conseguem ou não enfrentar sua condição existencial com seus próprios meios.
- (C) as populações vulneradas, uma vez que não conseguem exercer sua autonomia, dependendo dos outros para fazerem as escolhas que lhes proporcionariam uma vida no mínimo respeitosa.
- (D) os vulnerados, aqueles que não conseguem, com seus próprios meios e recursos, independentemente de sua vontade, atingir um estado de vida ao menos digna.
- (E) as instituições, visto que são elas que dispõem das potencialidades para garantir a equidade entre os meramente vulneráveis e os particularmente vulnerados.

07

De acordo com o autor, no âmbito da Bioética da Proteção, proteção e paternalismo são conceitos que se

- (A) opõem, uma vez que a proteção promove a competência para a autonomia pessoal, ao passo que o paternalismo pode tornar o indivíduo dependente das escolhas alheias.
- (B) opõem, já que o paternalismo se centra em instituições estatais, enquanto a proteção prescinde desse tipo de apoio.
- (C) complementam, na medida em que o paternalismo se baseia no olhar do outro sobre o indivíduo vulnerável, enquanto a proteção foca no desenvolvimento do próprio indivíduo.
- (D) complementam, posto que o paternalismo foca os indivíduos mais vulneráveis, ao passo que a proteção prioriza os menos vulneráveis.
- (E) sobrepõem, visto que ambos estão associados à subtração dos indivíduos de um estado de vulnerabilidade para um estado de autonomia.

CONHECIMENTOS GERAIS

08

Entende-se por vigilância epidemiológica

- (A) um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, bem como de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.
- (B) um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.
- (C) a distribuição e os determinantes dos problemas de saúde (fenômenos e processos associados) em populações humanas.
- (D) a difusão e propagação de doenças, sua frequência, seu modo de distribuição, sua evolução e a colocação dos meios necessários à sua prevenção.
- (E) a prevenção e o controle de doenças transmissíveis, de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e análise de situação de saúde de determinada população.

09

São consideradas Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços

- (A) de atenção primária, ambulatoriais especializados e de atenção hospitalar.
- (B) de atenção primária, ambulatoriais especializados e serviços especiais de acesso aberto.
- (C) ambulatoriais especializados, de atenção primária e de atenção de urgência e emergência.
- (D) de atenção de urgência e emergência, ambulatoriais especializados e de atenção primária.
- (E) de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto.

10

O processo de trabalho em equipe multiprofissional na saúde foi classificado por Peduzzi (2001) em duas principais modalidades: equipe agrupamento, em que se observa a justaposição das ações; equipe integração, quando ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes. Indique os critérios de reconhecimento da equipe agrupamento:

- (A) Comunicação intrínseca ao trabalho; flexibilidade da divisão do trabalho; ausência de autonomia técnica.
- (B) Flexibilidade da divisão do trabalho; projeto assistencial comum; comunicação intrínseca ao trabalho; autonomia técnica de caráter interdependente.
- (C) Ausência de autonomia técnica; comunicação externa ao trabalho; autonomia técnica plena; comunicação estritamente pessoal.
- (D) Autonomia técnica de caráter interdependente; flexibilidade da divisão do trabalho; comunicação externa ao trabalho.
- (E) Comunicação estritamente pessoal; autonomia técnica plena; projeto assistencial comum.

11

Sobre o Acolhimento com Classificação de Risco nos Sistemas de Urgência do SUS, é correto afirmar que

- (A) a avaliação de risco e vulnerabilidade é considerada uma prerrogativa específica dos profissionais de saúde que atendem no serviço de saúde considerado.
- (B) a classificação de risco considera prioritariamente a entrada por filas e ordem de chegada ao serviço de saúde.
- (C) implica escutar atentamente o usuário, seus problemas e demandas, mantendo o foco na doença apresentada, sem considerar outros aspectos, como questões emocionais e o contexto social do usuário.
- (D) consiste em dispositivo técnico-assistencial que altera a forma de fazer a gestão da assistência e de considerar as relações de acesso aos serviços de saúde.
- (E) a avaliação quanto ao risco e à vulnerabilidade deve considerar estritamente o grau de sofrimento físico apresentado pelo usuário.

12

A Bioética estabeleceu como fundamento o respeito à vida humana. Considerando a evolução histórica que resultou no surgimento da Bioética e considerando seus princípios, assinale a alternativa correta:

- (A) A vida é um processo que pode ser considerado contínuo, coordenado e progressivo.
- (B) O método cartesiano contribuiu para a visão integral sobre o paciente e sua saúde.
- (C) A descoberta dos microrganismos no século XIX contribuiu para a mudança de foco da doença para o doente.
- (D) As ações de saúde devem ser pautadas pela correlação entre custos e benefícios.
- (E) De acordo com o princípio da justiça, é preciso respeitar com imparcialidade o direito de cada um. Dentro desse princípio, a “objeção de consciência” refere-se ao profissional de saúde dever agir sempre de acordo com a legalidade e com o que é aceito pelo paciente.

13

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS n.529/2013, com o objetivo de contribuir para a qualidade do cuidado em saúde. Considerando os antecedentes, bem como o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), escolha a alternativa correta:

- (A) A eficiência refere-se ao cuidado baseado no conhecimento científico dirigido a todos que possam se beneficiar desse saber e, ao mesmo tempo, evitando seu uso para os que possivelmente não se beneficiarão.
- (B) A acreditação é uma metodologia de avaliação externa da qualidade, tendo como referência um conjunto de padrões, e é de caráter obrigatório.
- (C) A classificação dos erros em “ativos” e “latentes” facilita a sua identificação e prevenção, no sentido de proteger o paciente. Os erros ativos surgem a partir da gestão, enquanto os erros latentes se referem a atos inseguros como, por exemplo, a troca de um medicamento na hora da sua administração.
- (D) A efetividade refere-se ao cuidado realizado de forma a evitar desperdícios quanto ao uso de equipamentos, suprimentos e energia.
- (E) Entre as mudanças requeridas no ambiente organizacional dos hospitais para a incorporação de uma cultura de segurança, está a recomendação de adotar modelos de cuidado, caracterizado pelo trabalho em equipe interdependente, colaborativo e interprofissional, ao invés de modelos de cuidado baseados na excelência do desempenho individual e independente.

14

O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a sua abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da atenção primária à saúde. Em relação aos NASF, é correto afirmar:

- (A) O NASF atua utilizando como principais ferramentas o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território e a Pactuação do Apoio.
- (B) A organização dos processos de trabalho dos NASF tem como foco o território sob sua responsabilidade, priorizando o atendimento direto e individualizado ao usuário.
- (C) O NASF funciona, alternativamente, como porta de entrada do SUS para os usuários.
- (D) A equipe do NASF tem como uma de suas atribuições atuar como equipe de referência para as famílias do território de abrangência.
- (E) O Apoio Matricial caracteriza-se pela dimensão assistencial, que vai produzir ação clínica direta, em detrimento da ação técnico-pedagógica.

15

A estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem como objetivo superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência. Considerando a RAS, é correto afirmar:

- (A) Independente da estruturação da atenção primária à saúde, o aumento dos gastos resulta do tratamento tardio dos agravos e dos incentivos financeiros por desempenho individual.
- (B) Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser precedidos do foco no trabalho vivo, caracterizado por: vínculo, escuta, comunicação e responsabilização pelo cuidado.
- (C) Na rede de atenção às urgências e emergências, a atenção primária à saúde também cumpre o papel de coordenação dos fluxos e contrafluxos da rede.
- (D) O modelo de atenção preconizado pelo SUS é centrado no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas.
- (E) A economia de escala é um dos fundamentos da RAS e caracteriza-se pelo aumento dos custos médios, à medida que aumenta o volume das atividades, e pela distribuição dos custos fixos por um maior número de atividades.

ODONTOLOGIA

16

Sobre a cronologia de formação e erupção do terceiro molar inferior, é correto afirmar que o início da formação da matriz do esmalte e dentina, a saída para cavidade bucal e a raiz completada ocorrem, respectivamente, entre

- (A) 8-10 anos, 17-21 anos e 18-25 anos.
- (B) 8-10 anos, 21-25 anos e 21-25 anos.
- (C) 10-12 anos, 17-21 anos e 18-25 anos.
- (D) 10-12 anos, 17-21 anos e 25-29 anos.
- (E) 8-10 anos, 21-25 anos e 25 a 29 anos.

17

Em dentes decíduos, a anquilose é uma alteração de erupção na qual a continuidade do ligamento periodontal está comprometida. O dente fica abaixo da linha de oclusão e estático, enquanto os dentes vizinhos continuam o processo de erupção, o que leva à impressão de que o dente anquilosado está submerso. Geralmente, o dente decíduo mais afetado pela anquilose é o

- (A) incisivo central decíduo.
- (B) incisivo lateral decíduo.
- (C) canino decíduo.
- (D) primeiro molar decíduo.
- (E) segundo molar decíduo.

18

Considerando a articulação temporomandibular, desordens articulares inflamatórias são um grupo de desordens no qual vários tecidos que compõem a estrutura articular tornam-se inflamados como resultado de trauma ou injúria. Algumas ou todas as estruturas articulares podem estar envolvidas. As desordens que se enquadram nesta categoria são:

- (A) Sinovite e coronarite.
- (B) Artrites.
- (C) Miosite.
- (D) Sinovite, capsulite, retrodiscites e artrites.
- (E) Tendinite e miosite.

19

Sobre as radiografias panorâmicas, **NÃO** é correto afirmar:

- (A) Radiografias panorâmicas são úteis clinicamente para o diagnóstico de problemas que requerem ampla visualização dos maxilares.
- (B) Projeções de outras estruturas podem estar sobrepostas à área do ramo mandibular, como a coluna cervical.
- (C) A ampliação através da imagem é igual e proporcional, o que torna as medidas lineares confiáveis.
- (D) É um exame útil em pacientes com trismo ou que não toleram técnicas intraorais.
- (E) Acessórios como brincos metálicos, colares e grampos de cabelo podem formar imagens fantasma que aparecem como imagens radiopacas borradas e podem ocultar detalhes anatômicos, mascarar ou imitar alterações patológicas.

20

Sobre os cistos dentígeros, é correto afirmar:

- (A) Cisto folicular não é sinônimo de cisto dentígero.
- (B) O paciente apresenta frequentemente dor e desconforto.
- (C) Radiograficamente, cistos dentígeros têm uma cortical bem definida, com contorno curvo ou circular e aspecto interno completamente radiolúcido, exceto pela coroa do dente envolvido.
- (D) Cistos dentígeros são o primeiro tipo mais comum de cistos nos maxilares.
- (E) Cistos dentígeros ocorrem apenas ao redor de terceiros molares inferiores impactados.

21

Sobre o impacto da necrose pulpar nas condições periodontais, é correto afirmar:

- (A) A necrose pulpar é frequentemente associada a envolvimento inflamatório do tecido periodontal, especialmente na região periapical.
- (B) Patógenos associados a infecções endodônticas não podem ser encontrados em bolsas periodontais.
- (C) Frequentemente lesões de origem endodôntica vão envolver o periodonto marginal.
- (D) A necrose pulpar não tem impacto sobre os tecidos periodontais.
- (E) A microbiota da necrose pulpar é muito mais complexa que a da doença periodontal.

22

Sobre o tratamento de um molar inferior com envolvimento de furca grau III, recomenda-se

- (A) raspagem e alisamento radiculares ou plastia de furca ou enxerto ósseo.
- (B) plastia de furca ou tunelização, ressecção radicular ou extração dentária ou regeneração tecidual guiada.
- (C) raspagem e alisamento radiculares e enxerto ósseo.
- (D) tunelização ou ressecção radicular ou extração dentária.
- (E) extração dentária unicamente.

23

Xerostomia, perda do paladar (hipogeusia), osteorradionecrose, trismo, dermatite crônica e anormalidades do desenvolvimento são possíveis efeitos secundários da radioterapia como terapia antineoplásica na região de cabeça e pescoço. Tais efeitos secundários estão relacionados a

- (A) campos irradiados, dose de radiação, idade e gênero do paciente.
- (B) campos irradiados, dose de radiação e idade do paciente.
- (C) campos irradiados, dose de radiação, idade do paciente, número de dentes ausentes.
- (D) idade do paciente, somente.
- (E) campos irradiados, dose de radiação e gênero do paciente.

24

Dentre as áreas anestesiadas pelo bloqueio do nervo alveolar inferior, **NÃO** se encontram:

- (A) Dentes mandibulares até a linha média.
- (B) Corpo da mandíbula, parte inferior do ramo da mandíbula.
- (C) Mucoperiósteo bucal, membrana mucosa anteriormente ao forame mental (nervo mental).
- (D) Porção anterior e posterior da língua e assoalho da cavidade oral (nervo lingual).
- (E) Periósteo e tecidos moles linguais (nervo lingual).

25

O flúor tem papel decisivo no processo de reduzir a progressão da cárie dental. Sobre a ação do flúor nesse processo, é correto afirmar:

- (A) Depende do sal utilizado, da concentração do preparado, duração e da frequência de aplicação.
- (B) Depende apenas da frequência de aplicação.
- (C) Depende apenas da duração de aplicação.
- (D) Depende apenas do sal utilizado.
- (E) Depende da idade do paciente.

26

As reabsorções radiculares externas podem ser classificadas em suas principais formas como:

- (A) Reabsorção superficial; reabsorção por substituição associada a anquilose; reabsorção inflamatória associada a inflamação no tecido perirradicular adjacente à área de reabsorção.
- (B) Reabsorção generalizada; reabsorção por substituição associada a anquilose; reabsorção inflamatória associada a inflamação no tecido perirradicular adjacente à área de reabsorção.
- (C) Reabsorção superficial; reabsorção por substituição associada a lesão endodôntica crônica; reabsorção inflamatória associada a inflamação no tecido perirradicular adjacente à área de reabsorção.
- (D) Reabsorção superficial; reabsorção por substituição associada a anquilose; reabsorção inflamatória associada a inflamação decorrente do uso de fármacos.
- (E) Reabsorção superficial; reabsorção local; reabsorção epitelial.

27

Dentre os objetivos da pesquisa de Saúde Bucal no Brasil, SB Brasil 2010, **NÃO** se inclui:

- (A) Estimar a prevalência e a gravidade da cárie dentária em coroa e raiz para a população de 5, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos.
- (B) Estimar a prevalência, a extensão e a gravidade da doença periodontal para a população de 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos.
- (C) Estimar a prevalência e a gravidade de oclusopatias para a população de 5, 12 e 15 a 19 anos.
- (D) Estimar a prevalência e a gravidade da fluorose dentária para a população de 12 anos.
- (E) Estimar a prevalência de câncer bucal para a população de 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos.

28

De acordo com o guia para aplicação de fluoretos do Ministério da Saúde em 2009, é correto afirmar que a dose potencialmente tóxica de flúor (DPT) é:

- (A) 5,0 mgF/kg.
- (B) 50,0 mgF/kg.
- (C) 0,50 mgF/kg.
- (D) 25,0 mgF/kg.
- (E) 2,50 mgF/kg.

29

Sobre a atenção básica em saúde, **NÃO** é um fundamento:

- (A) Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, em consonância com o princípio da equidade.
- (B) Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços.
- (C) Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.
- (D) Realizar os atendimentos de alta complexidade por meio de parcerias com setores de saúde privados.
- (E) Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação.

30

Com relação às fibras nervosas e condução nervosa, é correto afirmar:

- (A) As fibras da Classe B são fibras mielinizadas e apresentam maior velocidade de condução em comparação com a Classe A.
- (B) Na despolarização, ocorre a saída de sódio do interior da célula nervosa.
- (C) Na repolarização, o potencial elétrico gradualmente torna-se mais negativo até seu potencial de repouso de -70mV .
- (D) O movimento de íons sódio e potássio ocorre com gasto de energia na despolarização; enquanto na repolarização, ocorre sem gasto de energia.
- (E) A condução saltatória é mais rápida em um axônio mais fino.

31

Com relação aos anestésicos locais, é correto afirmar:

- (A) A teoria do deslocamento de cálcio é a mais aceita atualmente.
- (B) A articaína atua por uma combinação de mecanismos do receptor e de forma independente do receptor.
- (C) A bainha de mielina possui isolamento elétrico, mas não farmacológico; dessa forma, o anestésico local tem ação em toda a extensão do nervo mielinizado.
- (D) A quantidade de canais de sódio por micrômetro é semelhante nas fibras mielinizadas e não mielinizadas.
- (E) Os anestésicos locais produzem diminuição significativa na condutância de potássio (K^+) através da membrana nervosa.

32

Considere as características dos dois anestésicos exemplificados na tabela e assinale a alternativa correta.

Anestésico	pK_a	% de base (RN) em $\text{pH } 7,4$
A	7,7	25
B	8,1	17

pK_a = Constante de dissociação

- (A) O anestésico A apresenta início da ação mais rápido que o anestésico B.
- (B) Quanto menor o pH do ambiente, maior o percentual de base (RN) para o anestésico B.
- (C) O anestésico A apresenta 50% de base (RN) e 50% de cátion RNH^+ em um pH de 3,5 aproximadamente.
- (D) Os cátions (RNH^+) são os responsáveis pela difusão do anestésico através da bainha nervosa.
- (E) O anestésico B é mais lipofílico que o anestésico A em pH de 7,4.

33

Com relação ao retalho, é correto afirmar:

- (A) A remoção da sutura deve ocorrer após o final da fase de remodelação.
- (B) A sutura do retalho em mucosa oral deve ser realizada com agulha cônica.
- (C) A separação (deiscência) do retalho na linha da incisão indica que isso ocorreu no final da fase fibroblástica.
- (D) O comprimento do retalho não deve exceder o dobro da largura da base.
- (E) Os retalhos devem convergir do ápice do retalho para a base.

34

Com relação à classificação dos terceiros molares, é correto afirmar:

- (A) A Classificação de Pell e Gregory considera a margem anterior do ramo e pode ser classificada em A, B, C.
- (B) A posição horizontal é a mais frequente.
- (C) A posição horizontal 3C é a mais difícil.
- (D) O tamanho do folículo pericoronário não afeta a dificuldade de extração do terceiro molar.
- (E) A posição transversal do terceiro molar é rara e é necessária a localização radiográfica para o planejamento cirúrgico.

35

Com relação aos estágios da infecção odontogênica, a fase em que geralmente predominam microrganismos aeróbios é:

- (A) Inoculação, apenas.
- (B) Celulite, apenas.
- (C) Abscesso, apenas.
- (D) Inoculação e Celulite.
- (E) Celulite e abscesso.

36

Lesão exofítica, pedunculado, superfície vegetante, localizada em palato mole, recoberto por mucosa de coloração normal, indolor, evolução de mais de 6 meses, crescimento lento e aproximadamente 5 mm de diâmetro. Considerando as informações descritas, a hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) hiperplasia fibrosa inflamatória.
- (B) papiloma.
- (C) lesão de células gigantes.
- (D) carcinoma espinocelular.
- (E) carcinoma basocelular.

37

Com relação ao traumatismo dento-alveolar, é correto afirmar:

- (A) Na extrusão, o tratamento consiste no reposicionamento e contenção por 60 dias.
- (B) O tratamento da extrusão é a extração do dente afetado.
- (C) Na avulsão, o meio mais adequado para armazenar o dente é a solução salina balanceada de Hanks.
- (D) Na avulsão, antes da reimplantação, deve-se esfregar o dente como um todo, principalmente a porção radicular que será reimplantada para remover toda a sujeira e coágulo presente.
- (E) Nas fraturas alveolares, o tratamento mais adequado é a remoção dos fragmentos e dos dentes envolvidos.

38

Paciente de 30 anos apresenta lesão radiolúcida de limites precisos, unilocular, com aproximadamente 4 cm, localizada em corpo e ângulo da mandíbula esquerda, sem aumento de volume perceptível, dente 38 ausente e evolução desconhecida. Assinale a alternativa mais provável com relação à hipótese diagnóstica:

- (A) Cisto dentígero.
- (B) Queratocisto odontogênico.
- (C) Ameloblastoma sólido.
- (D) Mixoma.
- (E) Fibrossarcoma ameloblástico.

39

Assinale a alternativa correta com relação às reações de hipersensibilidade:

- (A) A hipersensibilidade dos tipos I e III pode causar uma condição aguda com risco a vida.
- (B) Sibilos, broncoespasmo e inflamação da mucosa da via aérea são alguns sinais/sintomas de reação de hipersensibilidade do trato respiratório.
- (C) Na hipersensibilidade envolvendo o trato respiratório, deve-se interromper o atendimento, administrar anti-histamínico e liberar o paciente para casa.
- (D) As reações de hipersensibilidade I são mediadas primariamente por anticorpo imunoglobulina M.
- (E) O angioedema não pode ser considerado uma resposta cutânea de hipersensibilidade.

40

Com relação à deformidade esquelética, é correto afirmar:

- (A) A documentação pré-operatória deve ser feita com os côndilos em MIH.
- (B) O preparo ortodôntico é importante para fazer a compensação dos incisivos, bem como alinhamento e nivelamento dos dentes antes da cirurgia.
- (C) Análise facial, registro fotográfico, registro oclusal, cirurgia de modelos são algumas etapas do tratamento da deformidade esquelética.
- (D) A sobressaliência negativa na Classe III ocorre apenas pela projeção da mandíbula.
- (E) A osteotomia sagital do ramo mandibular descrita por Trauner e Obwegeser está indicada apenas para o recuo da mandíbula.

ESTUDO DE CASO

ANALISE O CASO DESCRITO PARA RESPONDER ÀS QUESTÕES DISSERTATIVAS DE 01 A 03.

Paciente de 20 anos, sexo feminino, chega ao pronto socorro com queixa de dor e tumefação em região de tuber da maxila e palato mole lado direito, com evolução de 14 dias. Paciente, sem comorbidades, apresenta história de extração do dente 18 há 14 dias. Desde então, evoluiu com dor intensa, retornando ao cirurgião-dentista 3 dias após o procedimento. Ele a medicou com mais analgésico e iniciou tratamento com amoxicilina por 7 dias. Paciente refere ter voltado quase todos os dias ao profissional desde então, sem resolução do quadro de dor, e a tumefação aumentava a cada dia. Após 7 dias do início do tratamento com amoxicilina, ela foi atendida no pronto socorro, onde foi realizada medicação analgésica e manutenção da amoxicilina. Clinicamente apresentava tumefação em palato mole e pilar amigdaliano de aproximadamente 6 cm, visível apenas ao exame intraoral; ao exame extraoral, tumefação muito discreta, quase imperceptível. Paciente apresentava-se febril, com odinofagia, dispneia leve, limitação de abertura bucal, tumefação flutuante e sensível à palpação e face tóxica.

Com relação ao quadro clínico apresentado, responda:

01

Qual(is) exame(s) deve(m) ser solicitado(s) para auxiliar no diagnóstico e no tratamento?

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

02

Quais espaços faciais provavelmente estão envolvidos?

03

Qual a hipótese diagnóstica e qual conduta deve ser seguida para a resolução deste caso?

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

