SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RP/SES-DF/2019, DE 15 DE AGOSTO DE 2018

PROGRAMA

2 4 6

Saúde de Família
Odontologia

Data e horário da prova: domingo, 21/10/2018, às 14 h.

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
  - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
  - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Tenho em mim todos os sonhos do mundo.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunicar ao fiscal.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem podem conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo "U"

Realização iades

PROVA APLICADA

Odontologia
Itens de 1 a 120

Homem de 35 anos de idade apresentou-se no consultório odontológico com queixa de dor aguda, espontânea, intensa e pulsátil no lado esquerdo da boca, que apareceu logo após uma restauração antiga "cair". Ao exame clínico, observou-se ampla destruição coronária do dente 25, com restos de uma antiga restauração de resina composta, fratura da cúspide palatina limitada à coroa, tecido cariado, alívio da dor com estímulo frio, e o teste de percussão apresentou resultado positivo. O exame radiográfico não indicou alteração periapical. O diagnóstico foi de pulpite irreversível, e o tratamento indicado foi o endodôntico, colocação de pino intrarradicular e prótese unitária.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

1. A pulpite irreversível com teste de percussão positivo evidencia um envolvimento inicial dos tecidos perirradiculares.
2. Em casos de pulpites irreversíveis em que a dor não passa com analgésicos, deve-se administrar um antibiótico concomitantemente durante cinco a sete dias.
3. Na impossibilidade de efetuar o tratamento endodôntico imediatamente, o cirurgião-dentista deve fazer um atendimento inicial, que consiste em remover a lesão de cárie e a restauração falha, realizar o esvaziamento do canal radicular (por terços), promover o curativo intracanal com a utilização de tricresol formalina e selar a cavidade com cimento provisório.
4. Pinos intrarradiculares reforçados por fibra de vidro possibilitam que os diferentes componentes da reconstrução do elemento dental constituam um complexo estrutural e mecânico homogêneo e mais semelhante à constituição natural do dente.
5. A opção por pino intrarradicular reforçado por fibra de vidro está condicionado a um remanescente dentinário que permita a colocação de preenchimento de resina composta.
6. Pinos intrarradiculares reforçados por fibra de vidro apresentam melhor retenção que núcleos metálicos fundidos, porém apresentam maior probabilidade de fratura.
7. O padrão de fratura dos pinos intrarradiculares reforçados por fibra de vidro geralmente é catastrófico, com fraturas horizontais ou oblíquas no terço médio da raiz ou fraturas verticais.
8. O preparo para a coroa total deve ser posicionado o mais apical possível para aumentar a retenção e a resistência, porém isso não afeta a estética se a coroa foi confeccionada totalmente em cerâmica.

Criança de 7 anos de idade chegou ao atendimento odontológico com queixa de cárie, acompanhada pela mãe, e demonstrou muito medo do dentista e um comportamento não colaborador. Ao exame clínico, o cirurgião-dentista conseguiu observar cavidades de cárie na oclusal e proximais dos molares decíduos e lesões de mancha branca nas oclusais dos molares permanentes. Não encontrou evidências de comprometimento pulpar.

Considerando esse caso clínico, a respeito do tratamento restaurador atraumático (ART), julgue os itens a seguir.

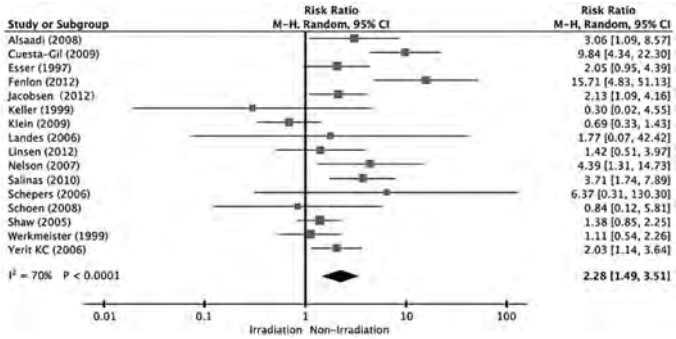
9. O ART foi inicialmente desenvolvido para a promoção da saúde bucal em comunidades com menor nível socioeconômico, que vivem em áreas remotas de países em desenvolvimento. No entanto, em razão de sua abordagem "atraumática", essa técnica pode ser uma abordagem alternativa para o tratamento de pacientes.
10. O ART utiliza instrumentos manuais para a remoção da cárie e restaurações com cimentos de ionômero de vidro. Porém, mesmo se utilizando de instrumentação manual, a técnica remove a mesma quantidade de tecido dental, não prevenindo a remoção adicional de tecidos saudáveis.
11. A abordagem do ART parece ser menos traumática e pode causar menos estresse para as crianças por produzir menos ruído e vibrações durante o tratamento e por não utilizar anestesia injetável.
12. As taxas de sobrevivência de restaurações ART de uma e múltiplas superfícies, usando ionômeros de vidro de alta viscosidade, em dentes posteriores decíduos não diferem significativamente de restaurações tradicionais comparáveis usando compósito.
13. As taxas de sobrevivência de restaurações ART de uma e múltiplas superfícies, usando ionômeros de vidro de alta viscosidade, em dentes posteriores decíduos não diferem significativamente de restaurações tradicionais comparáveis usando amálgama.
14. Selantes com ionômero de vidro de alta viscosidade (selantes ART) para a prevenção da cárie têm a mesma retenção que selantes resinosos.
15. Selantes ART têm retenção superior aos selantes com ionômero de vidro de baixa ou média viscosidade.
16. Os selantes ART apresentam um alto efeito preventivo da cárie, mesmo após sua perda.

Área livre

PROVA APLICADA

Em 2013, Chen *et al*. publicaram uma meta-análise para avaliar a associação entre tabagismo, radioterapia, diabetes e osteoporose e o risco de falha de implantes dentários. Acerca do risco de falha de implantes dentários após radioterapia, os autores encontraram 16 artigos publicados entre 1997 e 2012, que consideraram, ao todo, 3.569 implantes colocados em pacientes não irradiados, dos quais 252 falharam, e 1.677 implantes colocados em pacientes irradiados, dos quais 264 falharam.

O *forest plot* apresentado pelos autores no artigo encontra-se reproduzido a seguir.



(Figura ampliada na página 9)

Forest plot: estudos a respeito do risco de falha de implantes dentários para pacientes irradiados *versus* não irradiados.
CHEN H.; LIU N.; XU X.; QU X.; LU E. *Smoking, radiotherapy, diabetes and osteoporosis as risk factors for dental implant failure*: a meta-analysis. PLoS One. 2013 Aug 5;8(8): e71955. doi: 10.1371/journal.pone.0071955. Print 2013.

Considerando as informações apresentadas, acerca dos resultados encontrados, julgue os itens a seguir.

17. A meta-análise indicou associação entre a radioterapia e o risco de falha do implante dentário, demonstrada pelo resultado do risco relativo de 2,28 [1,49-3,51].

18. A heterogeneidade encontrada entre os estudos, que é a variabilidade entre os estudos, incluídos na meta-análise pode ser considerada alta, constatado pelo $I^2 = 70\%$.

19. A adoção do modelo de efeito fixo ou randômico em uma meta-análise dá-se em função do teste estatístico utilizado. Como o teste Mantel & Haenszel (M-H) foi empregado, então o modelo randômico foi adotado.

20. O risco de falhas dos implantes dentários foi maior para o grupo não irradiado, de maneira estatisticamente significativa.

21. O resultado encontrado foi estatisticamente significativo, pois o valor de p foi menor que 0,0001, e os valores (limites inferior e superior) para o risco relativo dentro do intervalo de confiança (IC) de 95% são maiores que 1.

22. Pelos dados apresentados, o percentual de falhas no grupo não irradiado foi aproximadamente 7% e, no grupo irradiado, foi 15,7%, o que confirma o risco relativo encontrado pelos autores.

23. De acordo com os dados apresentados pelos autores, podem-se colocar implantes em pacientes irradiados sem que a condição aumente o risco de falhas.

24. No gráfico, a diferença entre o peso dos estudos, que indica a ponderação ou a influência do estudo nos resultados gerais da meta-análise de todos os estudos incluídos, pode ser observada pelo tamanho do quadrado no centro da reta que representa o intervalo de confiança (IC) de cada estudo. Em geral, quanto menor o tamanho da amostra e quanto mais estreito o IC, maior o peso do estudo.

Determinado cirurgião-dentista foi contratado por um município de pequeno porte para implantar um programa de promoção de saúde bucal e prevenção da doença cárie, com foco em crianças e adolescentes. Após uma avaliação epidemiológica da população e da situação do município, ele decidiu adotar um programa que inclui a educação da população para os fatores de risco para a cárie e a disponibilização de flúor por meio de métodos comunitários, aplicações profissionais ou autoadministração.

Considerando as medidas de promoção de saúde bucal e de prevenção da cárie e os motivos para a respectiva adoção, julgue os itens a seguir.

25. O método comunitário recomendado para disponibilização de flúor é por meio da alimentação, sendo a água fluoretada o mais barato, porém o menos eficiente.

26. O papel dos fluoretos na prevenção da saúde pública mudou de acordo com o conhecimento a respeito do mecanismo cariostático do flúor. O efeito pós-eruptivo dos fluoretos era antes considerado o mais importante, mas foi suplementado pelo efeito pré-eruptivo. Portanto, a ação mais importante do flúor é tópica, quando está presente na saliva, na concentração adequada.

27. Os níveis de concentração de fluoreto na água de abastecimento público deve ser de 1,5 a 1,8 ppm F.

28. Em contraste com as formas sistêmicas tradicionais de F como medidas de saúde pública, atualmente o uso de F tópico está se tornando a abordagem primária. Porém, é necessário promover a saúde bucal também em outros níveis, como boa higiene oral, alimentação saudável (incluindo redução da ingestão de açúcar para menos de 10% da ingestão de energia), *check-ups* regulares e inclusão em programas preventivos orais.

29. Escovação dental deve ser realizada pelo menos duas vezes ao dia, com um dentifrício fluoretado, sendo uma das vezes à noite, antes de dormir.

30. Na escola, a escovação deve ser supervisionada por professores ou profissionais de saúde e, em casa, por pais/cuidadores, para bebês e crianças, pois o efeito do uso supervisionado de dentifrício fluoretado pode ser maior do que o uso doméstico aplicado e não supervisionado.

31. Os dentifrícios fluoretados devem conter menos de 1.000 ppm de flúor para crianças de 0 a 6 anos de idade, e de 1.350 ppm a 1.500 ppm de flúor para as demais faixas etárias. Concentrações maiores de flúor nos dentifrícios (> 2800 ppm F) podem ser recomendados para indivíduos considerados de risco.

32. A população deve ser orientada a cuspir depois de escovar e não enxaguar a boca, para manter os níveis de concentração de flúor.

Área livre

PROVA APLICADA

Em novembro de 2017, ocorreu o World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions, que modificou a classificação das doenças periodontais anterior, vigente desde 1999 (CATON *et al*., 2018).

CATON, J.; ARMITAGE, G.; BERGLUNDH, T. *e tal*. *A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions*: introduction and key changes from the 1999 classification. J. Clin. Periodontal., 2018. Jun; 45 Suppl 20:S1-S8. doi:10.1111/jcpe.12935.

No que se refere à reorganização das doenças periodontais e à aplicação da nova classificação, julgue os itens a seguir.

33. Uma pessoa que apresentou perda de inserção não relacionada com a presença de fatores locais (placa e cálculo), manifesta clinicamente como recessões gengivais nas faces vestibulares, na ausência de sangramento à sondagem, deve ser classificada como "saúde gengival em periodonto reduzido, sem histórico de periodontite".

34. Um paciente que apresentou periodontite no passado, mas foi tratado com sucesso, na ocorrência de sangramento à sondagem em 15% dos sítios, sem profundidade de sondagem > 3mm, deverá ser classificado como "gengivite induzida pela placa em periodonto reduzido por tratamento, localizada".

35. As periodontites anteriormente denominadas crônica e agressiva foram agrupadas em uma única categoria denominada "periodontite", devendo, quanto à progressão, receber classificação em um de quatro estágios (I, II, III e IV), quanto à complexidade, em um de três graus (A, B e C), além de, quanto à extensão/distribuição, ser classificada em localizada ou generalizada.

36. As doenças periodontais necrosantes (gengivite, periodontite e estomatite necrosante) passaram a configurar, na lista das doenças gengivais não induzidas pela placa, como doença gengival causada por infecções específicas de origem bacteriana, e também na lista das periodontites, em categoria própria.

37. Uma classificação para implantes dentários foi adicionada, e as condições peri-implantares passam a ser classificadas em saúde peri-implantar, mucosite peri-implantar, peri-implantite e deficiências de tecidos moles e duros peri-implantares.

38. Um paciente anteriormente classificado como portador de "periodontite agressiva localizada", considerando que tem 18 anos de idade, bolsas periodontais com profundidade de sondagem média de 6 mm na proximal de primeiros molares e incisivos, e rápida taxa de progressão, agora deverá ser classificado como "periodontite estágio IV, grau C, localizada".

39. Um paciente deve ser considerado um caso de periodontite no contexto clínico, quando perda de inserção clínica interdental for detectável em ≥ 2 dentes não adjacentes, ou perda de inserção clínica vestibular ou lingual ≥ 3 mm com profundidade de sondagem > 3 mm for detectável em ≥ 2 dentes, e essa perda de inserção não puder ser atribuída a causa não periodontal.

Um adolescente de 15 anos de idade compareceu ao consultório odontológico apresentando cáries extensas e profundas nas faces oclusais dos segundos molares inferiores. Ambos estão vitais e assintomáticos.

Considerando esse caso clínico, no que concerne à remoção da dentina cariada previamente à restauração, julgue os itens a seguir.

40. A remoção de todo o tecido cariado amolecido até que somente a dentina dura ou não estável permaneça é ineficaz no que diz respeito a evitar complicações e à economia de tempo, e não é benéfica com relação à dor ou ao desconforto relatados pelo paciente.

41. A remoção parcial de tecido cariado reduz a ocorrência de exposição pulpar em dentes vitais assintomáticos, quando comparada à remoção completa de cárie.

42. Não há diferença quanto à ocorrência de sinais e sintomas de patologia pulpar quando são realizados tratamento expectante ou remoção completa da cárie em única sessão.

43. A conduta de deixar a dentina amolecida próximo à polpa parece ser mais benéfica, reduzindo tanto o risco de complicações quanto o tempo de tratamento necessário.

44. A opção pela não remoção de cárie dentária está mais associada às falhas das restaurações e à sintomatologia pulpar, quando comparada à remoção completa da dentina cariada.

45. Remoção parcial da dentina cariada somente é aceitável para a adequação de cavidades, devendo, para a restauração definitiva, haver a remoção completa da dentina cariada, sob o risco de progressão da lesão.

46. Durante a remoção de cárie, é mais importante deixar as bordas da cavidade livres de cárie, favorecendo um selamento adequado da restauração, do que retirar toda a dentina infectada do fundo da cavidade.

47. Não há diferença entre o uso de instrumentos rotatórios em baixa rotação e a utilização de instrumentos manuais na remoção parcial de cárie em cavidades profundas.

Área livre

PROVA APLICADA

Dos tabagistas que tentam parar de fumar (aproximadamente 50%), apenas a minoria recebe aconselhamento de um profissional de saúde a respeito de como parar, e uma parte ainda menor recebe acompanhamento adequado. O tratamento para a cessação do tabagismo, em particular o cigarro comum, apresenta elevado custo-efetividade e aumenta significativamente as chances de o usuário obter abstinência definitiva. Logo, todos os profissionais de saúde devem estar preparados (e sensibilizados) para estimular e apoiar os respectivos pacientes a pararem de fumar. As abordagens para cessação do tabagismo são classificadas como (1) mínima (ou breve), (2) básica ou (3) intensiva, a partir do tempo investido no contato entre a pessoa e o profissional de saúde – respectivamente, menor que 3 minutos, entre 3 e 10 minutos, e maior que 10 minutos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*: o cuidado da pessoa tabagista. (Caderno de Atenção Básica, n. 40). Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

48. A abordagem mínima é considerada a forma ideal de atendimento e apresenta o maior impacto em saúde pública, embora não tenha grande aceitação por parte dos profissionais de saúde.

49. A abordagem mínima é especialmente interessante para profissionais de saúde que apresentam dificuldades no acompanhamento do indivíduo durante a tentativa de cessação, caso dos cirurgiões-dentistas durante as consultas odontológicas de rotina.

50. Em geral, aconselhamentos dados por médicos apresentam maior efetividade na cessação do tabagismo do que os concedidos por outros profissionais, como dentistas, enfermeiros e psicólogos.

51. A abordagem básica é mais recomendada que a mínima porque prevê o retorno do usuário para acompanhamento na fase crítica da abstinência.

52. A abordagem intensiva, ao contrário das anteriores, exige treinamento mais extensivo e atuação mais intensiva, devendo ser realizada pelo médico, e não por outros profissionais de saúde.

53. A abordagem intensiva (também denominada específica) apresenta as maiores taxas de sucesso para cessação definitiva do tabagismo, devendo ser a opção sempre que possível.

54. As modalidades individual ou em grupo da abordagem intensiva apresentam eficácias semelhantes para a cessação do tabagismo.

55. O tratamento em grupo permite que um número maior de pessoas seja tratado, tornando-se mais viável e custo-efetivo que a abordagem individual, além de possibilitar a troca de experiências entre os participantes, aspecto terapêutico de grande valia e que contribui significativamente para o processo de cessação.

No que tange à relação da doença periodontal com o aumento da idade, julgue os itens a seguir.

56. A relação entre idade e doença periodontal está bem estabelecida em estudos de fatores de risco. Hoje se reconhece o "efeito idade" como o conceito de que a perda de inserção é consequência natural do processo de envelhecimento do periodonto.

57. Embora exista um aumento pronunciado da perda de inserção com a idade, este não se manifesta preferencialmente como aprofundamento das bolsas periodontais, mas como recessão gengival.

58. Achados epidemiológicos de estudos correlacionando idade e saúde periodontal usualmente estão confundidos por covariáveis, como comorbidades, uso de medicações e condições nutricionais.

59. Estudos epidemiológicos demonstram maior prevalência e gravidade das periodontites em idosos, mesmo quando os dados são ajustados para covariáveis importantes, como nível de higiene bucal ou acesso a cuidados odontológicos.

60. Alterações na resposta imune inata podem explicar uma patologia periodontal mais acentuada em idosos, tornando maior a suscetibilidade à perda de inserção relacionada à idade plausível.

A Portaria nº 2.436/2017 aprovou a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em que foram revisadas e estabelecidas diretrizes organizativas no âmbito do Sistema Único de Saúde, que impactam a organização e o funcionamento da Estratégia Saúde da Família (ESF). Considerando as determinações da atual PNAB, julgue os itens a seguir.

61. A atual PNAB, aprovada em 2017, incluiu a obrigatoriedade da inclusão de cirurgião-dentista na equipe mínima da ESF, superando uma lacuna existente desde a implantação do Programa Saúde da Família.

62. Todo e qualquer procedimento odontológico cirúrgico em saúde bucal deve ser referenciado para resolução do problema na atenção secundária, e depois contrarreferenciado para acompanhamento na Atenção Básica.

63. Em relação às próteses dentárias, são atribuições específicas do cirurgião-dentista da equipe de saúde bucal da Atenção Básica a realização de procedimentos como moldagem, adaptação e acompanhamento.

64. O técnico e o auxiliar em saúde bucal podem realizar ações de prevenção e promoção em saúde bucal para as famílias, no domicílio ou em outros locais da comunidade.

65. O acolhimento do paciente que busca serviços de saúde bucal em uma unidade básica de saúde com ESF é uma das atribuições específicas do técnico e do auxiliar em saúde bucal.

66. Recomenda-se que a população adscrita para cada equipe de Saúde da Família seja de 2.000 pessoas a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e as diretrizes da Atenção Básica.

67. A carga horária de 40 horas semanais é compulsória para os profissionais de saúde membros da ESF, com exceção dos médicos, que poderão flexibilizar a carga horária de modo a oferecer cobertura para mais de uma equipe.

68. Em hipótese nenhuma os incentivos financeiros específicos para a saúde bucal poderão ser mantidos quando as equipes de Saúde da Família sofrerem suspensão de recurso.

PROVA APLICADA

A respeito da Portaria nº 77/2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, julgue os itens a seguir.

69. A equipe de Saúde da Família é multiprofissional, composta por médico de família e comunidade, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista e técnico em saúde bucal ou auxiliar em saúde bucal.

70. Cada equipe de Saúde da Família será responsável por um território de 2.000 pessoas a 3.500 pessoas.

71. Cada equipe de saúde bucal deverá ser responsável por um território equivalente, no máximo, ao de duas equipes de Saúde da Família.

72. Além da Estratégia Saúde da Família, outras modalidades de serviços podem ter equipe de saúde bucal, a exemplo da equipe de saúde da família rural e da equipe de consultório na rua, de acordo com os preceitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

73. O gestor local deve definir como os diferentes profissionais participarão do acolhimento ao usuário na unidade básica de saúde (UBS).

74. Todas as UBS devem funcionar no turno noturno e aos sábados pela manhã, a fim de ampliar o acesso para o trabalhador.

75. As unidades básicas de saúde tipo 1 (UBS 1) são unidades compostas por uma a três equipes de Saúde da Família, enquanto as unidades básicas de saúde tipo 2 (UBS 2) são unidades com mais de três equipes de Saúde da Família.

76. A participação dos profissionais da equipe em eventos de educação não deve prejudicar a assistência.

A Política Nacional de Saúde Bucal, implementada em 2003, objetivou reorganizar e qualificar as ações e os serviços oferecidos, com uma série de medidas e ações que visam a garantir a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população. Para que as propostas fossem efetivamente implementadas, fez-se necessária a adequação do processo de trabalho em saúde bucal.

Com base no exposto e considerando a produção de conhecimento no que tange à formação e à atuação do cirurgião-dentista na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família (ESF), julgue os itens a seguir.

77. A atuação da equipe de saúde bucal na ESF não deve se limitar ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico.

78. O cirurgião-dentista da ESF deve oferecer orientações de prevenção e de promoção no âmbito individual, no consultório da unidade de saúde, para não prejudicar a oferta de serviços curativos.

79. A formação em serviço para o cirurgião-dentista e para os demais profissionais da saúde deve ser priorizada, uma vez que permite melhor adequação entre os requisitos da formação e as necessidades de saúde da população atendida.

80. O cirurgião-dentista não realiza visitas nos domicílios, tendo em vista que essa é uma atribuição específica do agente comunitário de saúde.

81. As equipes de saúde bucal foram inseridas nas equipes de Saúde da Família no mesmo período em que foi implementado o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado ESF.

82. O modelo proposto para atuação nas equipes de Saúde da Família pressupõe um maior vínculo e a humanização na Atenção Básica, o que se torna um desafio para o cirurgião-dentista, com uma formação historicamente marcada por ser tecnicista e focada nas especialidades.

83. As ações de saúde bucal devem se inserir na estratégia planejada pela equipe de saúde em uma inter-relação permanente com as demais ações da unidade de saúde.

84. Apesar da abrangência de atuação proposta para a atuação do cirurgião-dentista na ESF, não cabe a ele realizar estratificação de risco e nem elaborar plano de cuidados para pessoas que possuem condições crônicas.

Historicamente a prestação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil caracterizou-se por ações de baixa complexidade, e na sua maioria, curativas e com acesso restrito aos serviços. Assim, a odontologia tornou-se uma das áreas da saúde com extrema exclusão social, com predomínio de uma situação de injustiça social nas ofertas de serviços de saúde. Com o Sistema Único de Saúde (SUS), princípios foram estabelecidos para orientar a implementação do sistema de saúde brasileiro. A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) e a efetivação dos princípios do SUS.

Considerando os princípios que regem a APS e as diretrizes norteadoras da ESF, julgue os itens a seguir.

85. Acolhimento é o processo de priorização dos atendimentos por meio da avaliação da gravidade de uma situação apresentada, utilizando critérios clínicos e de vulnerabilidade.

86. O processo de territorialização tem o potencial de auxiliar os serviços na respectiva organização, para que eles atendam melhor às necessidades das pessoas.

87. Todas as pessoas que procuram uma unidade básica de saúde (UBS) com equipe de Saúde da Família deverão ser acolhidas.

88. Na APS, é imprescindível que se cumpra o princípio da integralidade, o qual se manifesta pela existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e o respectivo uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.

89. A equipe de saúde deve oferecer um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças, para assim atender ao princípio da longitudinalidade da atenção.

90. Um sistema de saúde que possui a APS como ordenadora do cuidado está conformado por um conjunto de elementos estruturais e funcionais essenciais que garantem a cobertura e o acesso universal aos serviços, os quais devem ser aceitáveis para a população e promover a equidade.

PROVA APLICADA

91. Uma ação de promoção de saúde organizada pela equipe de saúde bucal de uma UBS em parceria com uma escola do bairro caracteriza uma estratégia de ação intersetorial.

92. Ao organizar e viabilizar o atendimento de um paciente odontológico que requer um procedimento em nível hospitalar, a equipe de saúde da APS está oferecendo uma ação que extrapola as próprias atribuições.

No que tange à organização dos serviços da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, julgue os itens a seguir.

93. A territorialização deverá ser realizada por todas as unidades básicas de saúde, supervisionada e pactuada com a Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde, com anuência da Superintendência da Região de Saúde.

94. À Coordenação Geral da Atenção Primária cabe realizar análise de demanda dos territórios e das ofertas de cada unidade básica de saúde (UBS), para mensurar a capacidade resolutiva e adotar as medidas necessárias para ampliar acesso, qualidade e resolutividade das equipes e dos serviços de saúde.

95. As unidades devem organizar o serviço de modo a otimizar os processos de trabalho para ampliar o acesso do usuário aos serviços prestados, bem como o acesso aos demais níveis de atenção da estrutura da Secretaria de Saúde, cumprindo assim o princípio da integralidade da atenção.

96. Após ser atendida em determinada UBS, uma usuária muito satisfeita com o serviço oferecido formalizou sua opinião por meio da Ouvidoria, pois essas manifestações não devem ocorrer no local do atendimento.

97. Informações como nome do gerente e membros da equipe, horário de atendimento, identificação e mapa de abrangência da unidade devem estar afixados em local de fácil visualização na UBS.

98. O cirurgião-dentista não pode realizar a classificação de risco de um usuário que chega UBS, pois essa ação é uma atribuição específica do enfermeiro.

99. Os casos de urgências ou emergências odontológicas deverão ter seu primeiro atendimento garantido na UBS, independentemente do número de consultas agendadas e realizadas no período.

100. Quando possível, as equipes de Saúde da Família devem se reunir para compartilhar informações relativas aos casos atendidos na unidade.

Determinado cirurgião-dentista, membro de uma equipe de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família (ESF), recebe as seguintes informações a respeito de uma família visitada pela agente comunitária de saúde (ACS) e agendada para comparecer à unidade de saúde: esposo é diabético, está desempregado e reclamou que os dentes estão "amolecidos"; a esposa, gestante de 20 semanas, sente dores abdominais, mas não fez nenhuma consulta desde que engravidou; dois dos três filhos do casal relataram dor de dente persistente; as crianças não estão frequentando a escola.

Considerando todos os aspectos que envolvem a proposta de atuação em saúde na ESF e a situação de saúde geral e bucal da família do caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

101. Por necessitarem de tratamento restaurador, a ACS deve providenciar o agendamento imediato para o pai e os dois filhos diretamente ao centro de especialidades odontológicas de referência, e após resolvidos os problemas odontológicos já instalados, eles devem retornar para manutenção e acompanhamento da equipe de saúde bucal da ESF.

102. O projeto terapêutico singular é uma ferramenta que pode subsidiar a equipe da ESF para apoiar a referida família nas respectivas necessidades.

103. Considerando as atribuições de uma equipe da ESF e a complexidade do caso apresentado, torna-se inviável o atendimento inicial dessa família na unidade de saúde.

104. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família tem o potencial de auxiliar a equipe de ESF para a abordagem dos problemas expostos no caso apresentado.

105. As equipes de saúde devem apoiar a comunidade e outros setores para a intervenção sobre determinantes do processo saúde e doença, e também devem garantir atenção singular aos casos com maior vulnerabilidade.

106. Para o alcance da integralidade da atenção em saúde, o foco da produção não pode estar apenas na doença, e sim no indivíduo e nas respectivas necessidades.

A implementação e a expansão do Programa Saúde da Família como estratégia de reorganização da Atenção Básica no Brasil têm gerado desafios conceituais, ao implicar a necessidade de reorientação do processo de trabalho em saúde e a formação profissional em saúde, na busca de uma oferta de serviços que integre as dimensões biopsicossociais do adoecimento e a atuação em equipe.

Considerando o exposto e a produção de conhecimento disponível, julgue os itens a seguir.

107. As equipes da Estratégia Saúde da Família são multiprofissionais e interprofissionais.

108. A colaboração interprofissional é fundamental para oferecer o melhor em assistência ao paciente.

109. As relações hierárquicas existentes entre as profissões da área de saúde tornam-se desafios para o desenvolvimento de competências colaborativas.

110. A prática colaborativa tem o potencial de melhorar as relações de trabalho, mas não de promover impacto positivo na resolutividade dos serviços.

111. Em uma equipe multi e interprofissional, ocorre interação entre profissões em torno de um objetivo comum, com o usuário na centralidade do processo de cuidado.

112. A educação interprofissional ocorre quando duas ou mais profissões possibilitam o aprender acerca dos outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde.

113. A residência multiprofissional em saúde tem o potencial de formar profissionais de saúde para o trabalho em equipe e, consequentemente, para a transformação das práticas, com vistas à integralidade no cuidado.

Área livre

PROVA APLICADA

Um paciente odontológico chega à unidade de saúde sem agendamento, com quadro de dor espontânea. O cirurgião-dentista da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) realizou procedimentos para alívio da dor, remoção de cárie e curativo. Depois disso, tentou, sem sucesso, referenciar o paciente para tratamento endodôntico, por falta da oferta do referido serviço na Rede de Atenção à Saúde.

Com base no relato desse caso clínico e considerando a oferta de serviços de saúde bucal, julgue os itens a seguir.

114. A baixa oferta da assistência odontológica em níveis de atenção mais complexos compromete a consolidação de um sistema de referência e contrarreferência em saúde bucal.

115. Se o usuário tivesse, por alguma razão, acessado um centro de especialidades odontológicas (CEO) para resolução do próprio problema, sem ter passado pela unidade básica de saúde de sua referência, ele não poderia ser referenciado para a Atenção Básica para a continuidade do cuidado.

116. Os centros de especialidades odontológicas são as unidades de referência para as equipes de saúde bucal da Atenção Básica.

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. Foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

No que se refere ao NASF, julgue os itens a seguir.

117. A composição de cada NASF será definida pelos gestores locais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

118. Além de outras ocupações, podem compor o NASF médicos e cirurgiões-dentistas com especialidades que tenham o potencial de contribuir para a solução dos problemas apresentados pelas equipes de Saúde da Família a que serão vinculados.

119. Ao contrário das equipes de Saúde da Família, o NASF não recebe incentivo financeiro federal.

120. A clínica ampliada é uma ferramenta com a qual os profissionais da Estratégia Saúde da Família e do NASF enfocam o sujeito, a família, a doença e o contexto social.

Área livre

PROVA APLICADA

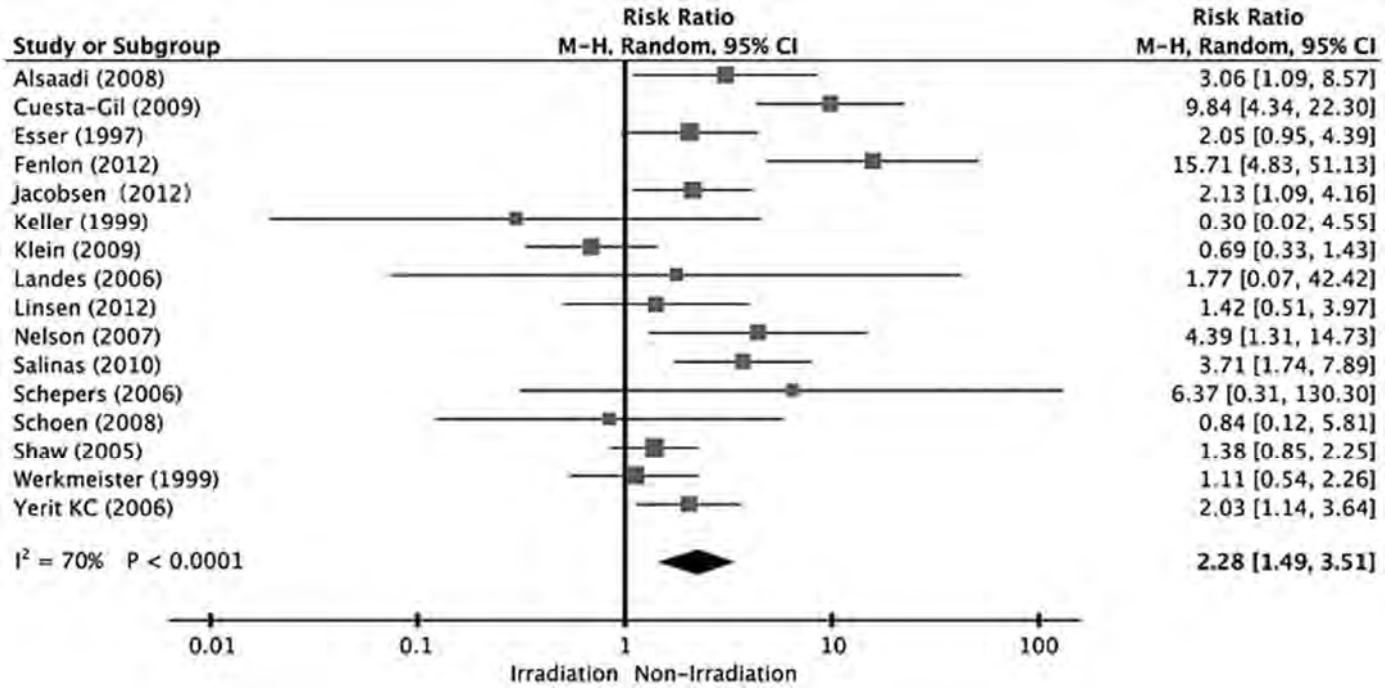


Figura ampliada dos itens de 17 a 24.

PROVA APLICA