



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 8 6

Terapia Intensiva (Atenção ao Paciente Crítico Adulto)  
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

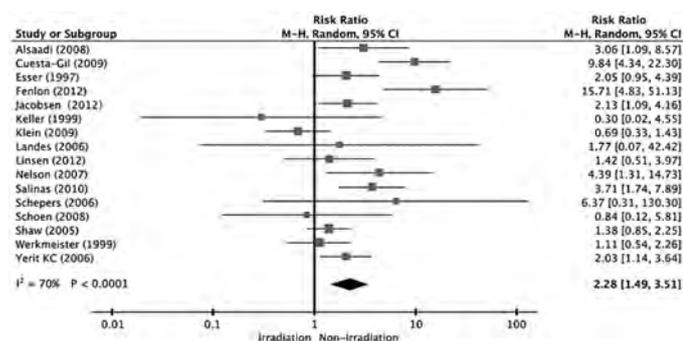
- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunicar ao fiscal.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem podem 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 “B”**

## Odontologia Itens de 1 a 120

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.

1. 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].
2. A heterogeneidade encontrada entre os estudos, que é a variabilidade entre os estudos, incluídos na meta-análise pode ser considerada alta, constatado pelo  $I^2 = 70\%$ .
3. 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.
4. O risco de falhas dos implantes dentários foi maior para o grupo não irradiado, de maneira estatisticamente significativa.
5. 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.
6. 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.
7. De acordo com os dados apresentados pelos autores, podem-se colocar implantes em pacientes irradiados sem que a condição aumente o risco de falhas.
8. 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.

9. O método comunitário recomendado para disponibilização de flúor é por meio da alimentação, sendo a água fluoretada o mais barato, porém o menos eficiente.
10. 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.
11. Os níveis de concentração de fluoreto na água de abastecimento público deve ser de 1,5 a 1,8 ppm F.
12. 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.
13. Escovação dental deve ser realizada pelo menos duas vezes ao dia, com um dentífrico fluoretado, sendo uma das vezes à noite, antes de dormir.
14. 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 dentífrico fluoretado pode ser maior do que o uso doméstico aplicado e não supervisionado.
15. Os dentífricos 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 dentífricos (> 2800 ppm F) podem ser recomendados para indivíduos considerados de risco.
16. 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

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. *et al.* A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions: introduction and key changes from the 1999 classification. J. Clin. Periodontol., 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.

17. 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”.
18. 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”.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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”.
23. Um paciente deve ser considerado um caso de periodontite no contexto clínico, quando perda de inserção clínica interdental for detectável em  $\geq 2$  dentes não adjacentes, ou perda de inserção clínica vestibular ou lingual  $\geq 3$  mm com profundidade de sondagem > 3 mm for detectável em  $\geq 2$  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.

24. 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.
25. A remoção parcial de tecido cariado reduz a ocorrência de exposição pulpar em dentes vitais assintomáticos, quando comparada à remoção completa de cárie.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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

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.

32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. A abordagem básica é mais recomendada que a mínima porque prevê o retorno do usuário para acompanhamento na fase crítica da abstinência.
36. 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.
37. A abordagem intensiva (também denominada específica) apresenta as maiores taxas de sucesso para cessação definitiva do tabagismo, devendo ser a opção sempre que possível.
38. As modalidades individual ou em grupo da abordagem intensiva apresentam eficácias semelhantes para a cessação do tabagismo.
39. 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.

40. 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.
41. 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.

42. Achados epidemiológicos de estudos correlacionando idade e saúde periodontal usualmente estão confundidos por covariáveis, como comorbidades, uso de medicações e condições nutricionais.
43. 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.
44. 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.

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 pulpíte 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.

45. A pulpíte irreversível com teste de percussão positivo evidencia um envolvimento inicial dos tecidos perirradiculares.
46. Em casos de pulpites irreversíveis em que a dor não passa com analgésicos, deve-se administrar um antibiótico concomitantemente durante cinco a sete dias.
47. 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.
48. 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.
49. 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.
50. Pinos intrarradiculares reforçados por fibra de vidro apresentam melhor retenção que núcleos metálicos fundidos, porém apresentam maior probabilidade de fratura.
51. 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.
52. 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.

53. 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.
54. 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.
55. 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.
56. 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.
57. 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.
58. Selantes com ionômero de vidro de alta viscosidade (selantes ART) para a prevenção da cárie têm a mesma retenção que selantes resinosos.
59. Selantes ART têm retenção superior aos selantes com ionômero de vidro de baixa ou média viscosidade.
60. Os selantes ART apresentam um alto efeito preventivo da cárie, mesmo após sua perda.

A unidade de terapia intensiva (UTI) nasceu da necessidade de oferecer suporte avançado de vida a indivíduos agudamente doentes e destina-se à internação de pacientes com instabilidade clínica. É uma área de alta complexidade, reservada e única no ambiente hospitalar, pois se propõe a estabelecer monitorização completa e vigilância 24 horas. Os profissionais que atuam nessas unidades complexas são designados intensivistas.

Com base no exposto, julgue os itens a seguir.

61. UTI pode ser definida como área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, com materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, à monitorização e à terapia.
62. UTI - Adulto destina-se à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos de idade, se definido nas normas da instituição.

63. A definição de “Área crítica” se dá quando existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, seja pela realização de procedimentos invasivos ou ainda pela presença de pacientes com suscetibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microrganismos de importância epidemiológica.
64. Microrganismos multirresistentes são predominantemente fungos resistentes a uma ou mais classes de agentes antimicrobianos. Apesar de as denominações de alguns microrganismos descreverem resistência a apenas algum agente (exemplo: MRSA - *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina; VRE - *Enterococcus* resistente à vancomicina), esses patógenos frequentemente são resistentes à maioria dos agentes antimicrobianos disponíveis.
65. Paciente grave é aquele com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda da própria autorregulação, necessitando de assistência contínua.

Em 2010, mediante o artigo 18 da Resolução da Diretoria Colegiada nº 7 (RDC-7), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) dispôs, entre os requisitos mínimos para funcionamento das unidades de terapia intensiva (UTI) dos hospitais brasileiros, a assistência odontológica por meios próprios ou terceirizados.

Acerca desse tema, julgue os itens a seguir.

66. Atualmente todas as UTI no Brasil oferecem tratamento odontológico, de forma rotineira, na linha de cuidados ao paciente crítico.
67. A avaliação da condição bucal e a necessidade de tratamento odontológico em pacientes hospitalizados exigem o acompanhamento por um cirurgião-dentista habilitado em odontologia hospitalar.
68. O preparo da equipe de odontologia hospitalar deve incluir equipamentos, materiais e instrumentais adequados ao atendimento.
69. Para que maiores benefícios sejam alcançados com a atuação do cirurgião-dentista na linha de cuidados, deve-se destacar a importância de gerenciar riscos e prevenir eventos adversos, quando da manipulação de tecidos bucais em doentes altamente colonizados por microrganismos multirresistentes.
70. O cirurgião-dentista intensivista é o responsável pela realização diária da higiene bucal no paciente crítico.

#### Área livre

Em 2012, a Global Sepsis Alliance (GSA) e seus membros fundadores tomaram a iniciativa de criar o World Sepsis Day (WSD), o qual é comemorado no dia 13 de setembro em mais de 40 países e em todos os continentes. A intenção principal dos diversos eventos ocorridos nessa data é alertar e educar os profissionais de saúde acerca do relevante papel deles no controle da sepse, que é, em todo o mundo, uma das mais comuns doenças fatais.

Com base nessas informações, com relação à sepse, julgue os itens a seguir.

71. A sepse pode sobrevir como consequência de diferentes processos infecciosos, com distintas “portas de entrada” (focos iniciais), os quais podem ser identificados por meio de uma cuidadosa anamnese e de um minucioso exame físico.
72. A maioria dos casos de sepse acontece em unidades de terapia intensiva (UTI) e atualmente é a principal causa de morte em UTI.
73. Raízes residuais, abscessos alveolares e, principalmente, a doença periodontal podem ser focos infecciosos relacionados à patogênese da sepse.
74. Aplicação de sistemas de reconhecimento precoce e tratamentos emergenciais padronizados para sepse não resultam em redução de casos ao ano, porém a mortalidade pela sepse pode ser consideravelmente reduzida mediante a adoção de medidas simples, como promover boa higiene geral.
75. Sepse é uma reação inflamatória exacerbada do organismo quando exposto a uma infecção, podendo resultar em disfunção orgânica múltipla e óbito.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e dos respectivos familiares diante de uma doença que ameaça a vida. O cuidado paliativo é mais que um método, é uma filosofia do cuidar, que visa a prevenir e aliviar o sofrimento humano em muitas de suas dimensões.

A respeito desse assunto, julgue os itens a seguir.

76. A equipe multidisciplinar da unidade de terapia intensiva (UTI) deve reavaliar continuamente a evolução clínica dos respectivos pacientes, o que inclui redefinir os objetivos do tratamento e considerar a provisão de cuidados paliativos quando o tratamento não mais oferecer benefícios.
77. A finalidade primária da UTI deve ser a de promover tratamento agressivo. Ela deve também ajudar pacientes e familiares a tomarem decisões sábias, no que se refere ao final da vida.
78. Nesses últimos anos, observa-se baixa aceitação relativamente a considerar a retirada da ventilação mecânica como parte de ações paliativas em UTI.
79. A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) declara que, para realizar cuidados paliativos é necessária uma equipe mínima, composta de médico, enfermeira, psicóloga, assistente social e profissional da área de reabilitação, todos devidamente treinados na filosofia e na prática da palição.

80. Cuidados paliativos não são competência da odontologia, apenas da Medicina.

A infecção é uma complicação frequente e de elevada morbimortalidade nos pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI). Essa complicação chega a taxas que variam de 9% a 40% de infecções adquiridas em UTI e está relacionada a um aumento do período de hospitalização e nos custos desse paciente.

Com base no exposto, julgue os itens a seguir.

81. Cuidados bucais realizados em pacientes internados em UTI elevam a saúde bucal dos pacientes, mas não contribuem para reduzir a incidência de infecções respiratórias associadas à ventilação mecânica.
82. A pneumonia nosocomial é aquela desenvolvida 48 horas após a internação hospitalar, sem se manifestar no paciente no ato da respectiva admissão no hospital.
83. A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é a mais importante e comum infecção que acomete os pacientes críticos ventilados mecanicamente nas UTI.
84. Higiene bucal ainda não está entre as medidas que compõem o pacote (*bundle*) de prevenção da PAVM.
85. O tubo orotraqueal favorece o aparecimento de biofilme dental, que pode ser um importante reservatório para patógenos, os quais, se broncoaspirados, podem causar PAVM.
86. Atualmente o termo infecção hospitalar passou a ser denominado de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), cuja definição é a de toda e qualquer infecção que acomete o indivíduo em ambiente hospitalar ou domiciliar, resultante de algum procedimento assistencial, tanto terapêutico quanto diagnóstico.

A importância dos cuidados bucais em pacientes sob terapia intensiva tem sido alvo de inúmeras investigações, e os resultados alertam para a necessidade de se implementar diretrizes adequadas e seguras. O desenvolvimento do biofilme bucal é um processo natural, porém alguns fatores intrínsecos do paciente interferem significativamente na sua composição, resultando no aumento da quantidade e da complexidade desse biofilme.

87. Idade, tabagismo, alcoolismo e estado nutricional não resultam em aumento da quantidade e da complexidade do biofilme bucal.
88. As condições sistêmicas do doente crítico e as terapias aplicadas em unidade de terapia intensiva (UTI) favorecem a quebra da homeostase bucal, porém não aumentam o risco de intercorrências significativas.
89. Os estudos demonstram uma associação entre higiene bucal adequada e redução na incidência de pneumonia, especialmente a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM), importante causa de mortalidade em todo o mundo.
90. A colonização da orofaringe por microrganismos gram-negativos, em pacientes sob ventilação mecânica, tende a ocorrer nas primeiras 48 horas a 72 horas após a admissão na UTI.
91. A aferição da pressão de *cuff* e da posição do tubo antes de se iniciar a higiene bucal é considerada recomendação forte.

Aerossóis é a designação dada a pequenas partículas de um líquido ou sólido que estão em suspensão no ar na forma de um gás.

Disponível em: <www20.anvisa.gov.br/>. Acesso em: 2 out. 2018.

Em conformidade com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), no que se refere às medidas de precaução de contato para aerossóis, julgue os itens a seguir.

92. Higienizar as mãos antes e após o contato com o paciente é medida de precaução.
93. Usar óculos, máscara cirúrgica, avental e luvas quando houver risco de contato com sangue ou secreções corresponde a precaução de contato para aerossóis.
94. Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros pacientes com infecção pelo mesmo microrganismo, exceto pacientes com suspeita de tuberculose resistente ao tratamento; estes não podem dividir o mesmo quarto com outros pacientes com tuberculose.
95. O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda a respectiva permanência fora do quarto.
96. Na precaução de contaminação por aerossóis, o profissional deve utilizar máscara cirúrgica.
97. Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de meio metro.

Atualmente, a laserterapia tem sido usada em diversas áreas da odontologia. Trata-se de uma ferramenta tecnológica que proporciona maior conforto aos pacientes e confiabilidade ao profissional cirurgião-dentista. A laserterapia de baixa intensidade proporciona alívio das dores agudas e crônicas, promovendo a analgesia imediata e temporária, o que tem melhorado sobremaneira a qualidade de vida dos pacientes oncológicos acometidos pela mucosite bucal. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera mucosite bucal: grau 0 - ausente; grau 1 - eritematosa; grau 2 - eritematosa e ulcerada (indivíduo tolera sólidos); grau 3 - eritematosa e ulcerada (indivíduo aceita apenas líquidos); grau 4 - eritematosa e ulcerada (alimentação impossibilitada do indivíduo).

Com base nessas informações, julgue os itens a seguir.

98. A terapia com *laser* de baixa intensidade é uma opção efetiva no tratamento de inflamação das mucosas bucais e o seu tratamento tem como objetivo aliviar os sintomas, acelerar o reparo tecidual e controlar eventuais infecções de origem bucal.
99. O tratamento antineoplásico, abrangendo a radioterapia e (ou) quimioterapia, não possui capacidade de induzir danos nas estruturas glandulares salivares.
100. A mucosite bucal é uma seqüela comum do tratamento quimioterápico e (ou) radioterápico, com alta taxa de ocorrência (de 40% a 100%).
101. Os *lasers* podem ser utilizados como antimicrobiano (terapia fotodinâmica), além de acelerarem o processo de reparo e cicatrização de lesões na mucosa.
102. Estudos sugerem que a terapia com *laser* é eficaz também na prevenção de mucosites induzidas por radioterapia e quimioterapia, reforçando a afirmativa de que há efeito profilático significativo de mucosite bucal nos pacientes submetidos a laserterapia.

103. O mecanismo estabelecido pela mucosite por radiação é diferente ao da mucosite por quimioterapia, embora dependa de múltiplos fatores, como tipo de radiação, volume do tecido irradiado, doses diárias e totais e esquema de fracionamento.

Evidências clínicas e científicas sugerem que há uma contribuição significativa à saúde do paciente crítico quando ele recebe cuidados bucais, especialmente os relacionados às intervenções periodontais.

104. Dentre as afecções bucais a de maior prevalência em pacientes internados em unidades de terapia intensiva é a doença periodontal.
105. Não se recomenda a remoção de cálculos dentários em pacientes internados em unidades de terapia intensiva, por ser um procedimento invasivo e de risco.
106. A doença periodontal pode atuar como foco de disseminação de microrganismos patogênicos com efeito metastático sistêmico, especialmente em indivíduos sistemicamente comprometidos.
107. O biofilme bucal fornece às bactérias proteção, inclusive contra agentes antimicrobianos.
108. Estudos indicam que as periodontopatias podem influenciar o curso das infecções respiratórias, destacando-se as pneumonias e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas.

A internação em unidade de terapia intensiva (UTI) pode provocar alterações que modificam a microbiota, favorecendo a presença de infecções fúngicas e comprometendo a saúde e recuperação do paciente crítico. A higiene bucal nesses pacientes é importante para prevenir a colonização e a proliferação de patógenos oportunistas. A candidíase é uma das infecções fúngicas que mais acomete os pacientes em unidades hospitalares.

A esse respeito, julgue os itens a seguir.

109. A colonização por *Candida spp.* em pessoas saudáveis e o isolamento das leveduras em boca não implicam necessariamente quadro de infecção.
110. Pela capacidade de dimorfismo, essa espécie de fungo pode apresentar-se na forma de levedura, quando comensal, ou de hifa, quando patogênica aos tecidos bucais.
111. Há quatro manifestações básicas de candidíase: pseudomembranosa, eritematosa, crônica hiperplásica e queilite angular, e mais de um tipo clínico pode manifestar-se ao mesmo tempo.
112. Os casos de candidemia com espécies não *albicans* não são frequentes, porém também estão associadas à resistência e à mortalidade.
113. Os pacientes internados em UTI podem apresentar maior densidade de colonização bucal por espécies de *Candida*, pois a aderência fúngica pode estar facilitada pelo alto pH, por higienização deficiente, pelo baixo fluxo salivar e por interações com a microbiota.
114. A candidíase bucal pode se disseminar para o trato gastrointestinal, mas não leva o paciente a óbito.

A via principal para a entrada de microrganismos no trato respiratório inferior consiste na aspiração de secreção da cavidade bucal e da orofaringe. As condutas preventivas realizadas pela equipe multiprofissional contribuem para a prevenção das pneumonias por aspiração. Quanto a esse tema, no que concerne aos procedimentos preventivos à pneumonia aspirativa durante os cuidados bucais em unidade de terapia intensiva (UTI), julgue os itens a seguir.

115. Representa medida de prevenção aspirar preferencialmente com sugador odontológico, porque é mais eficiente, evita lesões de mucosa e é de baixo custo.
116. É importante posicionar o paciente com o encosto do leito em 30° a 45°, para que ele degluta, com mais facilidade, a saliva formada.
117. No paciente sob ventilação mecânica orotraqueal, deve-se aspirar antes e depois da realização dos cuidados bucais.
118. Considera-se um procedimento preventivo aspirar à região subglótica e a cavidade bucal antes de movimentar o encosto do leito para o posicionamento adequado à realização dos cuidados bucais.
119. Deve-se avaliar a pressão do *cuff* apenas ao término dos cuidados bucais realizados.
120. Antes de movimentar o paciente para realizar os cuidados bucais, faz-se necessário assegurar que ele não tenha nenhuma restrição de movimento junto à equipe médica e (ou) no prontuário.

Área livre

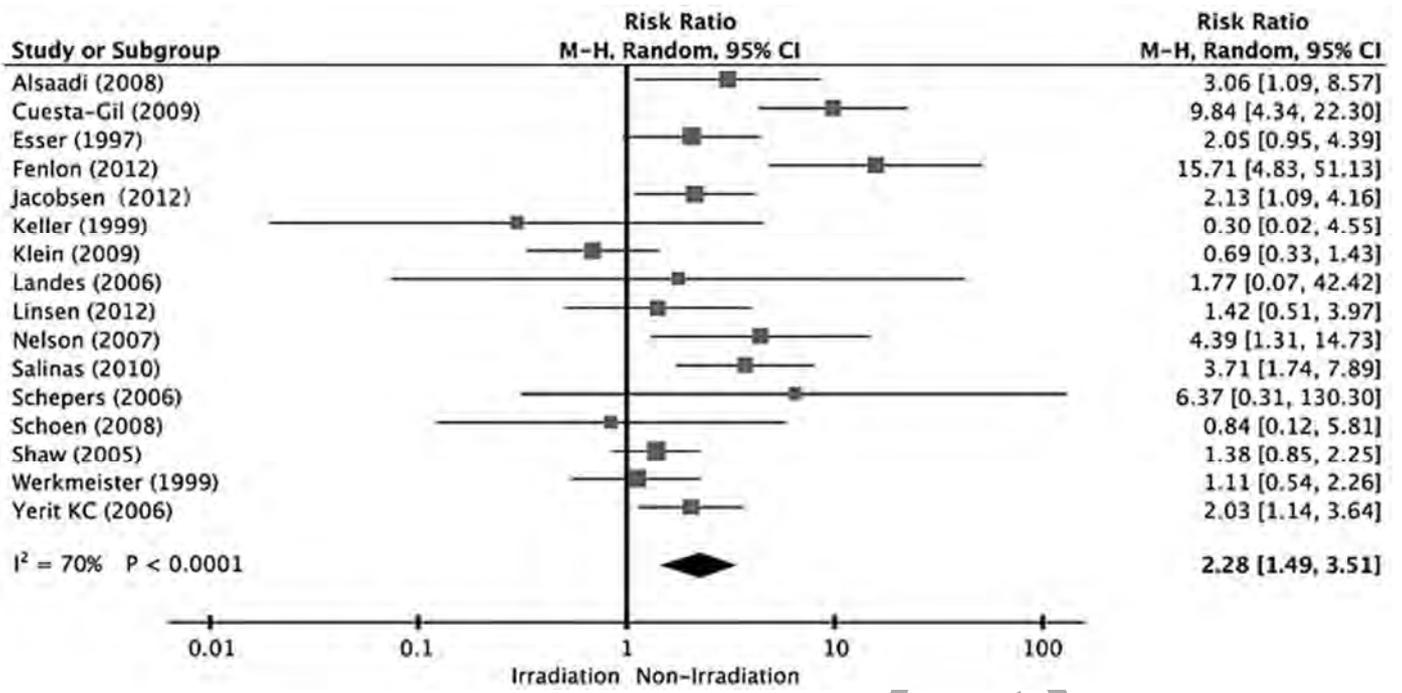


Figura ampliada dos itens de 1 a 8.

PROVA APLICADA