



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E UNIPROFISSIONAL EM SAÚDE - 2026

Categoria Profissional: Cirurgia Bucomaxilo

BOLETIM DE QUESTÕES

NOME COMPLETO

Nº DE INSCRIÇÃO

LEIA, COM ATENÇÃO, AS SEGUINTE INSTRUÇÕES

- Este boletim de questões é constituído de:
- 50 questões objetivas.
- Confira se, além desse boletim de questões, você recebeu o cartão-resposta destinado à marcação das respostas das 50 questões objetivas.
- No CARTÃO-RESPOSTA**
 - Confira seu nome e número de inscrição e especialidade que você se inscreveu na parte superior do **CARTÃO-RESPOSTA** que você recebeu.
 - No caso de não coincidir seu nome e número de inscrição, devolva-o ao fiscal e peça-lhe o seu. Se o seu cartão não for encontrado, solicite um cartão virgem, o que não prejudicará a correção de sua prova.
 - Verifique se o Boletim de Questões, está legível e com o número de páginas correto. Em caso de divergência, comunique ao fiscal de sua sala para que este providencie a troca do Boletim de Questões. **Confira**, também, na **Capa do Boletim de Questões** e no rodapé das páginas internas, o nome da categoria profissional pleiteada.
 - Após a conferência, assine seu nome no espaço correspondente do **CARTÃO-RESPOSTA**, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade, utilizando caneta esferográfica de tinta preta ou azul.
 - Para cada uma das questões existem 5 (cinco) alternativas, classificadas com as letras **a, b, c, d, e**. Só uma responde corretamente ao quesito proposto. Você deve marcar no Cartão-Resposta apenas uma letra. **Marcando mais de uma, você anulará a questão**, mesmo que uma das marcadas corresponda à alternativa correta.
 - O CARTÃO-RESPOSTA não pode** ser dobrado, nem amassado, nem rasgado.

LEMBRE-SE

4. A duração desta prova é de **4 (quatro) horas**, iniciando às **09 (nove) horas** e terminando às **13 (treze) horas**.
5. É terminantemente proibida a comunicação entre candidatos.

ATENÇÃO

6. Quando for marcar o Cartão-Resposta, proceda da seguinte maneira:

- Faça uma revisão das alternativas marcadas no Boletim de Questões.
- Assinale, inicialmente, no Boletim de Questões, a alternativa que julgar correta, para depois marcá-la no Cartão-Resposta definitivamente.
- Marque o Cartão-Resposta, usando caneta esferográfica com tinta azul ou preta, preenchendo completamente o círculo correspondente à alternativa escolhida para cada questão.
- Ao marcar a alternativa do Cartão-Resposta, faça-o com cuidado, evitando rasgá-lo ou furá-lo, tendo atenção para não ultrapassar os limites do círculo.

Marque certo o seu cartão como indicado:

CERTO 

- Além de sua resposta e assinatura, nos locais indicados, não marque nem escreva mais nada no Cartão-Resposta.
- O gabarito poderá ser copiado, SOMENTE, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.**

7. Releia estas instruções antes de entregar a prova.

8. Assine na lista de presença, na linha correspondente, o seu nome, do mesmo modo como foi assinado no seu documento de identidade.

BOA PROVA!

1. De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.080/1990), a principal diretriz do Sistema Único de Saúde é:

- a** Manutenção do sistema de saúde apenas pelo setor privado, garantindo a equidade.
- b** Universalidade de acesso apenas a cidadãos beneficiários dos programas sociais.
- c** Atenção integral nos casos de emergência e urgência.
- d** Financiamento exclusivo por doações e convênios nacionais e internacionais.
- e** Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

2. O Princípio da Descentralização é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). Sobre esse princípio, é correto afirmar que a descentralização:

- a** garante que a gestão e a execução das ações de saúde sejam compartilhadas entre União, Estados e Municípios, fortalecendo a autonomia local e a participação da comunidade.
- b** implica que os municípios têm autonomia administrativa e financeira limitada na gestão do sistema de saúde.
- c** estabelece que apenas os estados podem gerir administrativa e financeiramente, hospitais e serviços de média complexidade, sem participação direta dos municípios.
- d** significa transferir toda a responsabilidade da saúde pública para entidades privadas, sob supervisão da União e Estados.
- e** desconcentra a maior parte das decisões no Ministério da Saúde, cabendo aos estados e municípios apenas a execução de serviços básicos.

3. De acordo com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, o contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, corresponde a:

- a** Distrito Sanitário
- b** Área Programática
- c** Região de Saúde
- d** Pacto Federativo em Saúde
- e** Área adstrita em saúde

4. Com base na Portaria GM/MS Nº 3.493/2024, assinale a alternativa que corretamente descreve os componentes que compõem o cofinanciamento federal do piso da Atenção Primária à Saúde (APS):

- a** componente fixo para manutenção de equipes; componente de produtividade (número de consultas realizadas); componente de qualidade; componente para atenção odontológica; componente per capita.
- b** componente fixo para manutenção e implantação de equipes; componente de vínculo e acompanhamento territorial; componente de qualidade; componente para implantação e manutenção de programas; componente para atenção à saúde bucal; componente per capita de base populacional.
- c** componente variável conforme demanda por serviços; componente de qualidade; componente de vínculo; componente de saúde suplementar privada; componente per capita.
- d** componente fixo para manutenção de equipes; componente de vínculo territorial; componente por resultados em saúde; componente permanente de custeio; componente per capita.
- e** componente de produtividade; componente de vínculo e acompanhamento; componente de qualidade; componente de implantação de programas; componente per capita de base populacional.

5. A Lei nº 8.142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando o que a lei estabelece, assinale a alternativa correta.

- a** A participação social no SUS ocorre por meio de consultas públicas promovidas pelo Ministério da Saúde.
- b** Os Conselhos de Saúde têm caráter consultivo, sem poder de decisão sobre políticas de saúde.
- c** As Conferências de Saúde devem ser realizadas a cada 4 anos, exclusivamente em âmbito nacional, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para as políticas de saúde.
- d** A Lei 8.142/1990 prevê os Conselhos de Saúde municipais e estaduais, concentrando a gestão apenas no âmbito federal.
- e** As Conferências de Saúde devem ser realizadas a cada quatro anos, com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para as políticas de saúde.

6. O objetivo principal da Política Nacional de Humanização (PNH) no Sistema Único de Saúde (SUS) é:

- a** garantir que os hospitais e unidades de saúde de alta complexidade adotem protocolos padronizados, que considerem a opinião do usuário.
- b** promover a qualificação do cuidado no SUS, valorizando a relação entre profissionais, usuários e processos de gestão, com foco na humanização do atendimento.
- c** reduzir a participação da equipe de saúde nas decisões sobre o cuidado, centralizando o processo decisório nas equipes.
- d** adotar a atenção humanizada e tecnologias automatizadas para acelerar o atendimento.
- e** priorizar a eficiência financeira dos serviços de saúde, com vista a experiência do usuário.

7. Recentemente, os indicadores da Atenção Primária em Saúde (APS) foram reestruturados, priorizando indicadores de boas práticas. A alternativa abaixo que representa corretamente essa mudança é:

- a** a mudança buscou alinhar os indicadores a práticas que refletem a qualidade do cuidado prestado, como acompanhamento contínuo de gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos.
- b** a mudança substituiu a avaliação baseada em resultados de saúde por um modelo exclusivamente financeiro.
- c** o novo modelo excluiu a análise do acompanhamento de condições crônicas como hipertensão e diabetes.
- d** houve a eliminação dos indicadores relacionados à saúde materno-infantil para reduzir a complexidade da avaliação.
- e** a nova abordagem deixou de considerar a cobertura vacinal como parâmetro de qualidade da Atenção Primária em Saúde considerando a campanha antivacina.

8. A principal característica do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde (APS) é:

- a** focar no tratamento de sintomas agudos, e acompanhamento contínuo do paciente.
- b** priorizar ações isoladas e pontuais, mas integrada entre profissionais e serviços.
- c** avaliar a qualidade do cuidado pelo número de procedimentos realizados às pessoas em condições crônicas.
- d** promover o acompanhamento clínico por campanhas educativas gerais das condições crônicas.
- e** estruturar o cuidado de forma contínua, planejada e centrada no paciente, com acompanhamento proativo das condições crônicas.

9. O SUS Digital foi instituído com o objetivo de modernizar e integrar os serviços de saúde no Brasil. Considerando a realidade brasileira, o aspecto que representa um desafio concreto para a implementação dessa estratégia é:

- a** garantir que todas as unidades de saúde do país substituam completamente o atendimento presencial por telemedicina.
- b** superar desigualdades regionais em infraestrutura tecnológica, acesso à internet e capacitação digital de profissionais e usuários.
- c** centralizar todos os dados de saúde em um único sistema considerando a autonomia de estados e municípios.
- d** reduzir gastos com pessoal de saúde por meio da automatização de processos, mas que não comprometa a qualidade do cuidado.
- e** priorizar apenas a digitalização de unidades urbanas de grande porte, deixando de lado pequenas cidades e zonas rurais.

10. O critério utilizado para definir o valor dos repasses federais às municipalidades no novo modelo de cofinanciamento, de acordo com a Portaria GM/MS nº 3.493/2024, leva em consideração um índice denominado Indicador de Equidade e Dimensionamento (IED). Sobre esse critério, marque o que é verdadeiro.

- a** O IED considera apenas o porte populacional do município, com base em dados do censo mais recente, para definir o repasse de recursos.
- b** O IED classifica os municípios em faixas conforme a quantidade de equipes de saúde da família ativas, e o repasse é proporcional ao número de equipes.
- c** O IED leva em conta a vulnerabilidade social e o porte populacional do município, combinados para classificar os municípios em extratos, usados para dimensionar os repasses.
- d** O IED considera apenas o índice de mortalidade infantil do município como critério de vulnerabilidade.
- e** O IED avalia apenas a cobertura vacinal e a proporção de pessoas vinculadas às equipes de APS para definir os repasses.

11. A afirmativa que melhor descreve os princípios de longitudinalidade e integralidade na Atenção Primária à Saúde é:

- a** a longitudinalidade e a integralidade consistem em oferecer atendimento quando surgem problemas agudos de saúde, priorizando visitas e cuidados domiciliares.
- b** esses princípios indicam que cada profissional deve atuar regionalmente, considerando os tipos de agravos e considerar outras necessidades sociais do paciente.
- c** a longitudinalidade e a integralidade significam registrar dados administrativos e de procedimentos realizados, com acompanhamento clínico contínuo.
- d** esses princípios sugerem que a atenção à saúde não deve ser fragmentada entre os diferentes serviços.
- e** a longitudinalidade e a integralidade garantem acompanhamento contínuo do paciente ao longo do tempo, considerando todas as suas necessidades de saúde, promovendo cuidado completo e coordenado entre diferentes serviços.

12. A principal importância dos protocolos estabelecidos pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) é:

- a** garantir que todos os procedimentos hospitalares sejam realizados sem necessidade de registro ou documentação no meio impresso.
- b** priorizar a redução de custos na prestação de serviços de saúde.
- c** padronizar práticas seguras de cuidado, prevenindo eventos adversos e promovendo a segurança do paciente.
- d** substituir a avaliação clínica individualizada e burocrática pelo uso exclusivo de checklists administrativos.
- e** desenvolver campanhas educativas gerais, com monitoramento dos resultados nos ambientes hospitalares.

13. Os cuidados relacionados apenas à prevenção de HIV/AIDS, sem abordar outras necessidades de saúde, são desaconselhados como estratégia de atendimento à população LGBT+, porque:

- a** a população LGBT+ possui múltiplas necessidades de saúde que vão além do HIV/AIDS, exigindo atenção integral.
- b** a prevenção do HIV/AIDS garante a saúde completa da população LGBT+.
- c** a população LGBT+ não apresenta riscos mais graves de saúde além do HIV/AIDS.
- d** direciona os esforços à prevenção do HIV/AIDS reduz riscos as outras doenças sexualmente transmissíveis.
- e** as estratégias exclusivas de prevenção do HIV/AIDS contribuem à mitigação de outros problemas sociais e reduz os custos com tratamento e internação da população LGBT+.

14. O Programa Agora Tem Especialistas, implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como principal objetivo ampliar a oferta de médicos especialistas no SUS, priorizando regiões com maior déficit de profissionais. A estratégias necessárias para o alcance desse objetivo são:

- a** ampliar a formação de especialistas por meio da abertura de vagas em programas de residência médica e da fixação de profissionais em áreas prioritárias, garantindo a distribuição equitativa pelo país.
- b** estimular a distribuição de médicos especialistas e outros profissionais de nível técnico, simplificando a atenção à saúde.
- c** ofertar bolsas de residência médica nas capitais e grandes centros urbanos, e concentrar a formação em regiões já estruturadas para maior suporte organizacional da assistência à saúde.
- d** priorizar a contratação de médicos para superar a carência de profissionais em áreas de difícil acesso.
- e** investir na mobilidade temporária de especialistas entre diferentes regiões.

15. O acesso restrito as ações básicas, sem a garantia de serviço especializado no âmbito do SUS, as populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, população em situação de rua, população negra e das populações do campo, da floresta e das águas, terá como principal consequência:

- a** melhora da integralidade da atenção à saúde, já que o foco em ações básicas garante resolução de todos os agravos de saúde dessas populações.
- b** aumento das iniquidades em saúde, com agravamento de doenças crônicas, maior vulnerabilidade social e perpetuação das desigualdades históricas.
- c** redução dos índices de mortalidade e morbidade, pois o atendimento primário isolado supre todas as necessidades complexas dessas populações.
- d** maior acesso a tecnologias de diagnóstico e tratamento, já que a Atenção Básica cobre todas as etapas da rede de atenção.
- e** fortalecimento da equidade, já que priorizar as ações básicas significa oferecer o mesmo tipo de cuidado a todas as populações, independentemente de suas necessidades específicas.

16. Paciente A.C.L. Sexo feminino, 06 anos de idade, vítima de acidente desportivo por queda de bicicleta com trauma em face, deu entrada ao hospital em referência em trauma da região metropolitana de Belém com dificuldade de oclusão. Ao exame de imagem apresentou fratura incompleta de colo condilar com deslocamento a medial. As fraturas mandibulares incompletas com flexibilidade do osso são classificadas como fratura:

- a** cominutiva.
- b** simples.
- c** em galho verde.
- d** composta.
- e** complicada.

17. Paciente R.R, 28 anos do sexo masculino. Vítima de acidente motociclístico com trauma em face, atendido pela equipe de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial de um hospital público da região metropolitana de Belém. Ao exame físico, verificou-se: mobilidade do terço médio da face, com envolvimento da sutura frontonasal, dos ossos nasais, ossos lacrimais, rebordo infraorbital, da maxila e lâminas pterigóideas, sem a disjunção e mobilidade das suturas frontozigomáticas. Observou-se, também, edema e hematoma periorbital bilateralmente, mordida aberta anterior, além de alterações oculares e dor à manipulação. A hipótese diagnóstica é de fratura de:

- a** Le Fort I
- b** Le Fort II
- c** Le Fort III
- d** Lannelong
- e** NOE

18. Clinicamente, pacientes com anquilose mandibular fibrosa ou óssea apresentam:

- a** translação condilar aumentada.
- b** sobremordida.
- c** movimentação mandibular restrita.
- d** hipermobilidade da ATM.
- e** mordida cruzada anterior.

19. Um dente inclusivo ou impactado é aquele que não está erupcionado em virtude da obstrução física ou da falta de força eruptiva normal. Os terceiros molares superiores e inferiores são os dentes mais frequentes a se tornarem impactados. O segundo grupo de dentes que mais frequentemente são impactados é o dos:

- a** incisivos inferiores.
- b** primeiros molares inferiores.
- c** segundos molares superiores.
- d** caninos superiores.
- e** pré-molares superiores.

20. Em um hospital de referência ao tratamento oncológico, o médico cirurgião de cabeça e pescoço, solicita um parecer para avaliação de cavidade oral de um paciente com diagnóstico para o carcinoma oral com o seguinte estadiamento, T3N0M0. Com base no sistema de estadiamento Tumor-Linfonodo-Metástase (TNM), assinale a alternativa correta em relação ao tumor primário.

- a** T1 – tumor de 1 cm ou menor em seu maior diâmetro.
- b** T2 – tumor maior que 3 cm, porém não maior que possui 4 cm em seu maior diâmetro.
- c** T3 – tumor maior que 4 cm em seu maior diâmetro.
- d** T0 – somente carcinoma in situ no sítio primário.
- e** Tumor T0 – tumor não envolve espaço mastigatório.

21. A biossegurança em odontologia envolve o conjunto de medidas e protocolos destinados a prevenir a transmissão de infecções entre pacientes e profissionais durante o atendimento clínico. Inclui o uso correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), a esterilização adequada de instrumentos e a desinfecção das superfícies do ambiente odontológico. O cumprimento rigoroso dessas normas é essencial para garantir um atendimento seguro e ético. A respeito de biossegurança em Odontologia, assinale a alternativa correta.

- a** O uso de luvas dispensa a necessidade de higienização das mãos antes e após o atendimento odontológico.
- b** Os processos de assepsia, quando executados em superfícies inanimadas, denominam-se desinfecção, podendo ser realizados com álcool.
- c** A desinfecção de alto nível causa inativação de todas as formas de vida microbiana, incluindo esporos, vírus, bactérias e fungos.
- d** Pinça hemostática é considerada material crítico no procedimento de desinfecção.
- e** Os resíduos odontológicos potencialmente infectantes devem ser descartados em caixas sólidas identificadas com a cor cinza.

22. O processo físico ou químico que elimina as formas vegetativas de microrganismos, exceto os esporulados, é chamado de:

- a** desinfecção
- b** antisepsia
- c** descontaminação
- d** assepsia
- e** esterilização

23. Durante a prática odontológica, o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) é essencial para a segurança do profissional. Em relação aos óculos de proteção, é correto afirmar que:

- a** além de proteger os olhos, devem ser descartados após cada atendimento.
- b** impedem que a pele entre em contato com substâncias e fluidos desnecessários.
- c** servem como barreira contra fluidos, respingos e fragmentos de materiais, prevenindo acidentes oculares.
- d** a principal função é proteger o dentista de microrganismos presentes no ar devido a tosse ou espirro do paciente.
- e** devem ser usados apenas quando há manipulação de materiais infectados, não sendo necessários em procedimentos clínicos comuns.

24. A osteomielite mandibular é uma inflamação da medula óssea com tendência à progressão. O tratamento clássico dessa condição consiste em:

- a** crioterapia localizada para reduzir a inflamação.
- b** ressecção completa da mandíbula para remover o foco infeccioso.
- c** terapia com laser de alta potência para estimular a cicatrização óssea.
- d** sequestrectomia e saucerização, removendo o osso necrosado e permitindo drenagem adequada.
- e** radioterapia para controle da inflamação óssea.

25. O uso de bifosfonatos está associado à osteonecrose dos maxilares. Segundo o estadiamento clínico da AAOMS (2009), pacientes com osso necrótico exposto, dor e infecção estão classificados no estágio:

- a** Estágio 0
- b** Estágio 1
- c** Estágio 2
- d** Estágio 3
- e** Estágio 4

26. O medicamento descrito é um inibidor fraco da COX-1 e COX-2, com baixa atividade anti-inflamatória, sendo usado apenas como analgésico em dor leve a moderada, sem interferir na produção de edema. A descrição refere-se a:

- a** Ibuprofeno
- b** Nimesulida
- c** Dexametasona
- d** Etoricoxibe
- e** Paracetamol

27. A paciente B.C. 23 anos, sexo feminino, será submetida à extração do terceiro molar inferior. O dentista deseja prevenir inchaço e dor pós-operatória. Embora AINEs possam ser indicados para controle da dor, o profissional opta por prescrever um corticosteroide de curta duração para efeito mais rápido e potente sobre inflamação e edema. Considerando o contexto clínico, a opção mais adequada é:

- a** Ibuprofeno
- b** Dexametasona
- c** Naproxeno
- d** Dipirona
- e** Prednisona

28. Os ossos que compõem a órbita são:

- a** osso esfenoidal, etmoide, maxila, palatino, placa orbital do osso frontal, zigomático e lacrimal.
- b** esfenoide, etmoide, maxila, frontal, zigomático, lacrimal e nasal.
- c** maxila, zigomático, nasal, frontal, esfenoide e palatino.
- d** maxila, nasal, palatino, maxila frontal, zigomático e lacrimal.
- e** zigomático, frontal, maxila, esfenoide, lacrimal e etmoide.

29. Uma lesão do VI par de nervo craniano deverá provocar:

- a** prejuízo na adução do globo ocular.
- b** limitação na rotação inferior do olho.
- c** comprometimento do músculo reto lateral.
- d** ptose palpebral.
- e** midriase.

30. Sobre a Síndrome da fissura orbital superior é correto afirmar que:

- a** os nervos cranianos envolvidos são III, IV, V e VII.
- b** a hipoestesia na pálpebra superior se dá pela lesão do III par de nervo craniano.
- c** a ptose palpebral é decorrente da lesão do V par de nervo craniano.
- d** oftalmoplegia, ptose palpebral, midriase e proptose podem estar presentes.
- e** os IV, V, VI e VII pares de nervos cranianos estão envolvidos.

31. A doença genética rara definida pela tríade de displasia fibrosa poliostótica, manchas cutâneas café-com-leite e disfunções endócrinas é:

- a** Síndrome de Gorlin
- b** Neurofibromatose de Von Recklinghausen
- c** Síndrome de Gardner
- d** Doença de Paget
- e** Síndrome de McCune-Albright

32. Segundo a classificação de Knight & North, as fraturas do complexo zigomático classificadas como tipo III e tipo V são respectivamente:

- a** fratura do arco zigomático e fraturas complexas.
- b** fraturas sem deslocamento e fraturas com deslocamento e rotação medial.
- c** fraturas com deslocamento sem rotação e fraturas com deslocamento e rotação lateral.
- d** fraturas com deslocamento e rotação medial e fraturas complexas.
- e** fraturas com deslocamento e rotação medial e fraturas com deslocamento e rotação lateral.

33. Segundo Ellis, em um acesso pré-auricular para a articulação temporomandibular o ramo zigomático do nervo facial pode ser observado a uma distância a partir do tragus que varia de:

- a** 0,8 a 3,5 cm
- b** 0,5 a 2,0 cm
- c** 0,5 a 3,0 cm
- d** 0,4 a 3,5 cm
- e** 1,0 a 3,0 cm

34. Os tumores odontogênicos benignos são classificados de acordo com sua origem embrionária em epiteliais, mesenquimais/ectomesenquimais e mistos. São tumores odontogênicos mistos:

- a** ameloblastoma e tumor odontogênico adenomatóide.
- b** mixoma e Odontoma.
- c** mixoma e Cementoblastoma.
- d** fibroma Amelobástico e Odontoma.
- e** fibroma Odontogênico e TOA.

35. A partir da artéria carótida comum, a ordem dos ramos da artéria carótida externa em seu trajeto ascendente é:

- a** auricular posterior, tireóidea superior, faríngea ascendente, lingual, facial, occipital, maxilar, temporal superficial.
- b** tireóidea superior, faríngea ascendente, lingual, facial, occipital, auricular posterior, maxilar, temporal superficial.
- c** faríngea ascendente, tireóidea superior, lingual, facial, occipital, auricular posterior, maxilar, temporal superficial.
- d** faríngea ascendente, tireóidea superior, lingual, facial, occipital, maxilar, auricular posterior, temporal superficial.
- e** tireóidea superior, lingual, faríngea ascendente, facial, occipital, maxilar, auricular posterior, temporal superficial.

36. São ligamentos extrínsecos da articulação temporomandibular:

- a** Temporomandibular e Esfenomandibular
- b** Temporomandibular e Estilomandibular
- c** Capsular e Estilomandibular
- d** Temporomandibular e capsular
- e** Esfenomandibular e Estilomandibular

37. Sobre as fraturas de terço médio da face é correto afirmar que:

- a** a fratura Lefort II é também conhecida como Fratura transversa ou de Guerin.
- b** na fratura Lefort III, conhecida como piramidal da face, a face é completamente separada do crânio, envolvendo o complexo naso-órbito-ethmoidal, os ossos zigomáticos e a maxila.
- c** na fratura Lefort II, a linha de fratura se estende da sutura nasofrontal via frontomaxilar, osso lacrimal para o assoalho de órbita. A partir daí ela se estende através da margem infra orbitaria via a parede anterior do seio, suturas zigomáticomaxilar e placas pterigoideas.
- d** na Fratura Lefort I pode ocorrer telecanto traumático.
- e** na disjunção craniofacial clássica a linha de fratura se estende do osso nasal e osso lacrimal, atravessa a borda infraorbital e a parede medial da órbita, passando pelo forame infraorbital e pelo seio maxilar.

38. As zonas de resistência da face são formadas por estruturas ósseas mais espessas e densas, como os pilares e os arcos de união. Os pilares do terço médio da face são:

- a** canino, zigomático e pterigóideo.
- b** frontal, lateral e pterigoide
- c** nasal, canino e zigomático
- d** frontal, zigomático e canino
- e** frontal, nasal e zigomático

39. São características que podem ser encontradas na Síndrome de Gorlin **EXCETO**:

- a** múltiplos carcinomas basocelulares.
- b** múltiplos queratocistos odontogênicos.
- c** hipertelorismo.
- d** bossa frontal proeminente.
- e** osteomas.

40. Uma criança de 7 anos, sexo masculino, apresenta limitação de abertura bucal há 4 anos, com desvio do mento para a direita, mordida cruzada posterior ipsilateral e assimetria facial progressiva. A mãe relata trauma facial aos 2 anos, sem atendimento especializado. Ao exame, máxima abertura bucal= 8 mm com movimento de translação praticamente ausente à direita. TC mostra anquilose intra-articular óssea da ATM direita, com ponte óssea extensa entre condilo/colo e eminência articular; os achados são compatíveis com Sawhney III. Não há evidência de anquilose contralateral. Considerando o impacto no crescimento mandibular e na via aérea (intubação potencialmente difícil), a equipe planeja tratamento definitivo, incluindo manejo pós-operatório para prevenção de reanquilose. À luz dos princípios atuais para anquilose de ATM em pacientes pediátricos, o plano cirúrgico integrado mais adequado para este caso é:

- a** Gap artroplastia isolada (sem interposição), sem coronoidectomia e fisioterapia apenas após 4 semanas para evitar sangramento.
- b** artroplastia interposicional com fáscia temporal/músculo temporal, coronoidectomia ipsilateral (e contralateral se a abertura permanecer insuficiente intraoperatório), liberação precoce com fisioterapia intensiva e, em função da idade, reconstrução com enxerto costocondral para restauração do crescimento condilar.
- c** prótese total de ATM personalizada imediata, pois elimina risco de reanquilose e é preferível em crianças em crescimento.
- d** condilectomia simples com imobilização mandibular por 4-6 semanas para consolidar o espaço e reduzir o risco de sangramento.
- e** distração osteogênica mandibular isolada, sem liberar a anquilose, para corrigir a assimetria e melhorar a abertura pela rotação do corpo mandibular.

41. Paciente do sexo feminino, 68 anos, com osteoporose em uso de alendronato, 70 miligramas, uma vez por semana, há seis anos. Após exodontia do 46 realizada há três meses, permanece com osso exposto de aproximadamente um centímetro, dor, halitose e discreta supuração. Não há histórico de radioterapia em cabeça e pescoço. A tomografia computadorizada de feixe cônico mostra esclerose localizada e sequestro superficial. A mucosa não cicatrizou completamente. Neste caso, o diagnóstico com estadiamento e a conduta inicial mais apropriados são:

- a** Osteonecrose dos maxilares relacionada ao uso de medicamentos, estágio um; manejo apenas com bochechos antissépticos, sem antibiótico nem desbridamento.
- b** Osteonecrose dos maxilares relacionada ao uso de medicamentos, estágio três; ressecção segmentar com reconstrução imediata como tratamento inicial.
- c** Osteonecrose dos maxilares relacionada ao uso de medicamentos, estágio dois; bochechos antimicrobianos, antibiótico por via sistêmica conforme quadro clínico e desbridamento conservador (incluindo sequestrectomia limitada), com analgesia e controle de fatores locais.
- d** Osteomielite crônica supurativa, estágio moderado; descompressão e antibioticoterapia curta sem intervenção óssea adicional.
- e** Osteonecrose dos maxilares relacionada ao uso de medicamentos, estágio dois; suspensão definitiva do bisfosfonato e ressecção em bloco precoce sem tentativa de manejo conservador.

42. Adulto com carcinoma espinocelular de assoalho bucal foi submetido a mandibulectomia segmentar, gerando defeito ósseo de oito centímetros no corpo mandibular direito, com perda de mucosa oral. Há vasos cervicais disponíveis. Objetivos: restabelecer continuidade óssea, revestir a cavidade oral e permitir futura reabilitação com implantes. A opção reconstrutiva principal mais apropriada para este cenário e a conduta complementar imediata é:

- a** placa de reconstrução, com retalho local para cobertura interna, priorizando fechamento rápido e deixando a reposição óssea para o segundo tempo cirúrgico.
- b** enxerto ósseo não microvascularizado de crista ilíaca, associado a enxerto de pele parcial para revestimento, visando reduzir tempo cirúrgico e facilitar a cicatrização inicial e deixando os implantes para fase secundária.
- c** retalho miocutâneo de peitoral maior para fechamento de partes moles, associado a enxerto ósseo regional em segundo tempo, após estabilização oncológica.
- d** retalho microvascularizado osteocutâneo de fíbula, placa de reconstrução e utilizando a ilha de pele do retalho para revestimento do soalho bucal, deixando os implantes para fase secundária.
- e** retalho livre de escápula apenas com componente de partes moles, priorizando cobertura ampla e programando a reconstrução óssea definitiva em procedimento futuro.

43. Adulto, 28 anos, assintomático. Imagem radiolúcida unilocular, medindo 5 centímetros no maior diâmetro, estendendo-se da região do terceiro molar até o ramo mandibular. Contornos corticais finos e festonados, crescimento predominantemente ântero-posterior, pouca expansão vestíbulo-lingual e sem reabsorção radicular aparente. Tomografia computadorizada de feixe cônico confirma afinamento cortical sem ruptura. O diagnóstico mais provável e a conduta inicial apropriada, neste caso, são:

- a** ameloblastoma sólido; ressecção com margem óssea como primeira escolha, seguido de reconstrução óssea.
- b** cisto odontogênico queratocisto; enucleação simples sem adjuvantes e acompanhamento curto.
- c** cisto odontogênico queratocisto; descompressão inicial, seguida de enucleação com osteotomia periférica e acompanhamento prolongado.
- d** ameloblastoma unicístico; marsupialização definitiva como tratamento único, sem etapa secundária.
- e** cisto dentígero infectado; antibioticoterapia, observação e posteriormente realizar a enucleação.

44. Mulher, 32 anos, com dor articular e travamento recorrente da articulação temporomandibular direita há dez meses. Máxima abertura interincisal de 26 milímetros, com desvio para a direita. Tratamento conservador por quatro meses (orientação, fisioterapia, placa interoclusal e anti-inflamatório) sem melhora sustentada. Realizou artrocentese há seis semanas, com alívio apenas transitório por cerca de sete dias. Exame por imagem mostra deslocamento do disco sem redução e aderências intra-articulares, sem deformidade óssea avançada. A próxima conduta intervencionista mais apropriada e o objetivo principal, neste caso, são:

- a** repetir artrocentese com maior volume de lavagem, visando distensão do compartimento superior e alívio da dor.
- b** artroscopia terapêutica do compartimento superior para lise de aderências e lavagem, com manipulação intraoperatória para recuperar mobilidade e reduzir dor.
- c** injeção intra-articular de corticosteroide isolada, visando controle anti-inflamatório e melhora da dor sem liberação mecânica.
- d** cirurgia aberta (artrotomia) para realização de discectomia, visando restaurar a mobilidade por meio de remodelação secundária.
- e** prótese total da articulação temporomandibular, visando substituição articular e resolução definitiva da dor e da limitação.

45. Durante o bloqueio do nervo alveolar inferior, ao realizar a aspiração antes da injeção, o profissional observa retorno sanguíneo visível no tubete. A conduta imediata mais apropriada diante da punção positiva é:

- a** prosseguir com a injeção lentamente, pois pequeno retorno sanguíneo não altera a eficácia do anestésico.
- b** injetar pequena quantidade de vasoconstritor para provocar vasoespasmo e, então, completar a anestesia.
- c** aplicar compressão externa sobre a região e injetar rapidamente para reduzir a chance de hematoma.
- d** retirar a agulha dois a três milímetros, redirecionar levemente a ponta, reaspirar; se o retorno sanguíneo persistir, suspender, retirar e reposicionar em novo trajeto, descartando o tubete com sangue.
- e** abandonar a técnica e optar por anestesia geral, já que houve violação vascular.

46. Em radiografia panorâmica, o terceiro molar inferior direito está mesioangulado. O bordo anterior do ramo mandibular sobrepõe parte da coroa, reduzindo o espaço distal, e a face oclusal da coroa situa-se entre o plano oclusal do segundo molar e sua junção cimento-esmalte. A classificação, segundo Pell e Gregory, é:

- a** Classe I, Posição A, mesioangulado.
- b** Classe II, Posição C, verticalizado.
- c** Classe II, Posição B, mesioangulado
- d** Classe III, Posição B, distoangulado.
- e** Classe I, Posição C, horizontalizado.

47. Após trauma facial, o paciente apresenta degrau palpável no rebordo infraorbitário bilateral, dor à palpação da pirâmide nasal, mobilidade do terço médio em "bloco" ao segurar os incisivos superiores, sem degrau na sutura frontozigomática e arcos zigomáticos íntegros ao exame. A classificação correta e o principal trajeto anatômico da fratura descrita é:

- a** Le Fort I — linha horizontal acima dos ápices dentários, através do seio maxilar, separando o processo alveolar e o palato duro do restante do maxilar.
- b** Le Fort II — fratura piramidal que envolve ossos nasais, processo frontal da maxila, rebordo infraorbitário e parede anterior do seio maxilar, estendendo-se às lâminas pterigoides.
- c** Le Fort III — disjunção crânio-facial envolvendo sutura frontozigomática, parede lateral da órbita e arcos zigomáticos, com separação do complexo zigomático.
- d** Le Fort II — fratura transversal baixa limitada ao palato duro e sem acometimento do rebordo infraorbitário.
- e** Le Fort III — fratura horizontal que poupa órbita e suturas zigomáticas, restrita ao processo alveolar.

48. Minutos após profilaxia antibiótica, paciente apresenta urticária generalizada, sibilos, estridor leve, lábios edemaciados e queda de pressão arterial. Encontra-se ansioso e com tontura. Neste caso, a conduta inicial prioritária no consultório é:

- a** antihistamínico por via oral e observação, pois controla a urticária e evita progressão. Posição supina com elevação de membros e monitorização.
- b** broncodilatador inalatório e posição sentada, aguardando melhora respiratória antes de outras medidas.
- c** corticosteroide por via intravenosa imediato para prevenir bifásica e, depois, oxigênio. Posição supina com elevação de membros e monitorização.
- d** adrenalina por via intramuscular na face ântero-lateral da coxa, chamar ajuda/ambulância, oxigênio suplementar, posição supina com elevação de membros e monitorização; repetir a adrenalina se não houver resposta adequada.
- e** soro fisiológico em grande volume como primeira medida, posição sentada, deixando a adrenalina para falha de resposta.

49. Adulto com trauma de alta energia apresenta fraturas do corpo mandibular bilateral, do terço médio (padrão piramidal) e depressão dos arcos zigomáticos, com perda da oclusão. Vias aéreas protegidas e sangramento controlado. A sequência cirúrgica principal mais apropriada para restabelecer oclusão, largura e projeção facial é:

- a** iniciar pelos arcos zigomáticos/complexo zigomático-maxilar para recuperar a largura lateral; depois terço médio central/NOE, órbita e, por último, mandíbula/oclusão.
- b** mandíbula/oclusão primeiro (redução e fixação estáveis); em seguida arcos zigomáticos/complexo zigomático-maxilar para largura e projeção lateral; depois terço médio central/NOE e, por fim, órbita — estratégia de baixo para cima e de fora para dentro.
- c** órbita inicialmente para proteger conteúdo orbitário; depois terço médio central/NOE, arcos zigomáticos/complexo zigomático-maxilar e, por último, mandíbula/oclusão.
- d** terço médio central/NOE primeiro para recentrar a face; depois órbita, arcos zigomáticos/complexo zigomático-maxilar e, por fim, mandíbula/oclusão.
- e** mandíbula/oclusão primeiro; em seguida terço médio central/NOE, depois órbita e, por último, arcos zigomáticos/complexo zigomático-maxilar, completando de dentro para fora.

50. Homem de 27 anos, ferimento por projétil com lesão transfixante do corpo mandibular direito, cominuição extensa e perda de tecidos moles intraorais e cutâneos. Está estável hemodinamicamente, vias aéreas sem sinais de comprometimento imediato. Exame inicial realizado, antibiótico de amplo espectro e profilaxia antitetânica já iniciados. Tomografia mostra defeito segmentar e múltiplos fragmentos não viáveis. A conduta operatória inicial mais apropriada é:

- a** debridamento amplo com irrigação copiosa, remoção de fragmentos desvitalizados, restabelecimento da oclusão com bloqueio intermaxilar, e fixação rígida com placa de reconstrução, planejando enxertia óssea tardia após cicatrização dos tecidos moles.
- b** redução aberta com miniplacas não bloqueadas ao longo da linha oblíqua externa, restabelecimento da oclusão com bloqueio intermaxilar, evitando placa de reconstrução para reduzir tempo cirúrgico.
- c** tratamento conservador fechado com dieta pastosa e observação, pois a cominuição contraíndica placas rígidas.
- d** enxerto ósseo autógeno primário volumoso (crista ilíaca) no mesmo ato, associado a miniplacas, para restaurar o contorno imediatamente.
- e** apenas fixador externo temporário, sem debridamento, aguardando cicatrização espontânea dos tecidos moles para definir a reconstrução.



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E
UNIPROFISSIONAL EM SAÚDE - 2026
Categoria Profissional: Cirurgia Bucomaxilo**

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, SOMENTE, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	