

CADERNO DE QUESTÕES



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

EDITAL N° 04/2022

DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)

Cargo de Nível Superior

PS 27 - MÉDICO I
(Cirurgia Plástica: Crânio-Maxilo-Facial)

MATÉRIA	QUESTÕES	PONTUAÇÃO
Conhecimentos Específicos	01 a 25	0,40 cada

ATENÇÃO

Transcreva no espaço apropriado da sua FOLHA DE RESPOSTAS (Folha Óptica), com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

Volta o cão arrependido com seu osso roído.

Nome do Candidato: _____

Inscrição n°: _____

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM A PRÉVIA AUTORIZAÇÃO DA FAURGS E DO HCPA.



INSTRUÇÕES

- 1 Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES corresponde ao Processo Seletivo para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 2 Esta PROVA consta de **25** (vinte e cinco) questões objetivas.
- 3 Caso o CADERNO DE QUESTÕES esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 4 Para cada questão objetiva, existe apenas **uma** (1) alternativa correta, a qual deverá ser assinalada na FOLHA DE RESPOSTAS.
- 5 O candidato que comparecer para realizar a prova **não deverá, sob pena de ser excluído do certame**, portar armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *paggers*, *notebooks*, telefones celulares, *pen drives* ou quaisquer outros tipos de aparelhos eletrônicos, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos auriculares, próteses auditivas, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto, **exceto em situações autorizadas pela Comissão do Concurso e/ou em situações determinadas em lei, como o uso recomendado de máscaras, em virtude da pandemia do Coronavírus. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.** (conforme subitem 7.10 do Edital de Abertura)
- 6 **É de inteira responsabilidade do candidato comparecer ao local de prova munido de caneta esferográfica, preferencialmente de tinta azul, de escrita grossa, para a adequada realização de sua Prova Escrita. Não será permitido o uso de lápis, marca-textos, réguas, lapiseiras/grafites e/ou borrachas durante a realização da prova.** (conforme subitem 7.15.2 do Edital de Abertura)
- 7 Não será permitida nenhuma espécie de consulta em livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem o uso de instrumentos de cálculo ou outros instrumentos eletrônicos, exceto nos casos em que forem pré-estabelecidos no item 13 do Edital. (conforme subitem 7.15.3 do Edital de Abertura)
- 8 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número **26** serão desconsideradas.
- 9 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 10 A duração da prova é de **duas horas e trinta minutos (2h30min)**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 11 **O candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora (1h) após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita, o candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora e meia (1h30min) após o início. O candidato não poderá anotar/copiar o gabarito de suas respostas de prova.**
- 12 **Após concluir a prova e se retirar da sala, o candidato somente poderá utilizar os sanitários nas dependências do local de prova se for autorizado pela Coordenação do Prédio e se estiver acompanhado de um fiscal.** (conforme subitem 7.15.6 do Edital de Abertura)
- 13 Ao concluir a Prova Escrita, o candidato deverá devolver ao fiscal da sala a Folha de Respostas (Folha Óptica). Se assim não proceder, será excluído do Processo Seletivo. (conforme subitem 7.15.8 do Edital de Abertura)
- 14 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.

01. Os retalhos locais são comumente utilizados em reconstruções de defeitos faciais pelos bons resultados estéticos que geram ao mobilizar pele de regiões vizinhas que tem aspecto e cor semelhante ao da área a ser reconstruída. Em relação aos principais retalhos utilizados, é **INCORRETO** afirmar que

- (A) as lesões, no retalho romboide ou de Limberg, são retiradas criando um defeito romboide de ângulos de 120 e 60 graus. A confecção do retalho parte do desenho de uma linha no aspecto externo do ângulo de 120 graus, de comprimento igual ao da face lateral do defeito, seguida de outra linha com ângulo de 60 graus, paralela à lateral do defeito romboide.
- (B) o uso do retalho romboide pode ser estendido a defeitos maiores com a confecção de retalhos duplo e triplo romboides, por exemplo.
- (C) o retalho bilobado é um retalho basicamente de transposição formado por dois retalhos, um discretamente menor do que o outro, que rodam em semicírculo. O primeiro retalho cobre o defeito deixado pela lesão, o segundo retalho cobre o defeito deixado pelo primeiro retalho, e o defeito do segundo retalho é fechado por primeira intenção.
- (D) o retalho de Dufourmentel é uma modificação do retalho romboide, mas com ângulos de 30 e 150 graus.
- (E) retalhos de avanço "em crescendo" são extremamente raros de serem utilizados em face e são particularmente contraindicados em reconstruções de lábio.

02. Sobre as cranioestenoses síndromicas (CS), é correto afirmar que

- (A) o tratamento cirúrgico clássico das CS consistia na remodelação craniana anterior inicial, seguida de avanço facial em segundo tempo. Mais recentemente, a descompressão da fossa posterior tem sido considerada como tratamento inicial, permitindo melhora do quadro agudo de hipertensão intracraniana, podendo-se, assim, esperar um tempo maior para a remodelagem craniana e facial.
- (B) o avanço frontofacial nessas crianças é feito frequentemente entre 6-12 anos, sem necessidade de distração, de forma rápida e segura.
- (C) são exemplos de CS as síndromes de Apert, Pfeiffer, Crouzon, Seathre-Chotzen, Carpenter e Treacher-Collins.
- (D) todas as CS são de etiologia autossômica dominante, mas a penetrância é variável, havendo casos mais graves e casos mais leves.
- (E) o comprometimento anatômico encontrado nessas síndromes é restrito ao esqueleto craniofacial, podendo afetar o intelecto em alguns casos, ou cursar com inteligência normal.

03. A reconstrução craniana pós-trauma ou após craniectomia descompressiva é passo importante na reabilitação de pacientes submetidos à trepanação ou com perdas ósseas por trauma. Em relação às reconstruções cranianas, é correto afirmar que:

- (A) o objetivo da reconstrução craniana nesses pacientes é a proteção cerebral contra traumas e recuperação do contorno craniano. Sintomas neurológicos raramente melhoram após essas reconstruções.
- (B) ao se remover o principal anteparo que separa o compartimento intracraniano do meio externo, alterações do fluxo sanguíneo cerebral e da circulação líquórica são esperadas e podem levar à chamada síndrome do trefinado ou *Sinking Skin Flap Syndrome*, que cursa com alterações cerebrais progressivas e variáveis.
- (C) entre os materiais aloplásticos mais utilizados nessas reconstruções estão o polimetil metilmetacrilato (PMMA), a hidroxiapatita e as telas de titânio. Sendo que não há diferenças em termos de biocompatibilidade entre eles.
- (D) o padrão-ouro para essas reconstruções é o uso de osso autólogo, pois são extremamente fáceis de serem obtidos, levam a contornos perfeitos, raramente sofrem absorção e a área doadora raramente é uma preocupação mesmo nos grandes defeitos.
- (E) a área doadora preferida para enxertos autólogos é a tábua externa do osso frontal, por esse ser mais fácil de remover e mais espesso.

04. "Como essas crianças geralmente apresentam instabilidade vagossimpático-endócrina, elas caminham e falam mais tarde. Elas são frequentemente consideradas preguiçosas, quando na verdade são meramente crianças doentes que se tornarão normais e ativas após o tratamento adequado". Essa descrição foi feita para qual das patologias abaixo, ainda, por vezes, negligenciada ao nascimento?

- (A) Fenda palatal submucosa.
- (B) Laringomalácia.
- (C) Sequência de Robin.
- (D) Microsomia craniofacial.
- (E) Síndrome de Beckwith Wiedemann.

05. Avalie as proposições abaixo a respeito da fissura labio-palatina.

- I - A fissura labiopalatina ocorre mais comumente no sexo masculino.
- II - Fissura palatina isolada é mais comum no sexo feminino.
- III- A síndrome de Van de Woude é a mais comum entre pacientes com fissura labiopalatina.
- IV- Microdeleções no cromossomo 22q resultam em síndromes como a velocardiofaríngea e DiGeorge, que se associam à fenda palatina isolada.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I e II.
- (B) Apenas III e IV.
- (C) Apenas I, II e III.
- (D) Apenas I, II e IV.
- (E) Apenas I, II, III e IV.

06. Em relação às fraturas de mandíbula, é correto afirmar que

- (A) as fraturas de mandíbula são as mais frequentes da face.
- (B) a mandíbula sofre ação de vários grupos musculares, dos quais destacam-se o grupo posterior que são curtos e fortes, responsáveis pelo fechamento e lateralização da mandíbula; e os anteriores, mais delicados, responsáveis pela abertura.
- (C) o corpo mandibular é a região mais acometida por fraturas mandibulares.
- (D) as fraturas mandibulares em crianças ocorrem mais frequentemente do que em adultos, tendo como principal causa as quedas.
- (E) as tomografias nas incidências de Towne e lateral oblíqua já são suficientes para diagnóstico e tratamento, sendo as tomografias de face dispensáveis.

07. Disfunção da válvula velofaríngea pós-palatoplastias pode levar a diferentes graus de hipernasalidade, escape de ar e erros articulatórios compensatórios que dificultam o entendimento da fala. Em relação à insuficiência velofaríngea, é **INCORRETO** afirmar que

- (A) na avaliação pré-operatória da insuficiência velofaríngea é fundamental análise criteriosa da história de cirurgias palatais, do esfíncter velofaríngeo, tonsilas faríngeas e palatinas, além do exame *in vivo* do esfíncter velofaríngeo em funcionamento para avaliação da movimentação muscular e fechamento do esfíncter.
- (B) entre os tratamentos cirúrgicos mais comuns para a insuficiência velofaríngea estão repalatoplastia, retalhos da faringe posterior e esfíncter-faringoplastia.
- (C) o aumento da parede faríngea posterior é outro tratamento proposto para insuficiência velofaríngea, comumente feita com a inclusão de enxertos ósseos ou de cartilagem. Mais recentemente, enxertos de gordura têm sido utilizados. Os melhores resultados de aumento da parede posterior ocorrem em pacientes com pouca mobilidade palatal e grandes defeitos de fechamento.
- (D) a injeção de materiais aloplásticos na faringe posterior já foi testado com melhora em alguns casos, mas resultou em muitas complicações incluindo cegueira ou mesmo morte.
- (E) fonoterapia é fundamental na reabilitação desses pacientes, podendo resolver problemas de erros articulatórios e casos de disfunção velofaríngea limítrofes.

08. Em relação ao suprimento vascular dos retalhos musculares, numere a segunda coluna de acordo com a primeira, associando os músculos à classificação de Mathes e Nahai.

- (1) Músculo Sartório.
- (2) Músculo Glúteo Máximo.
- (3) Músculo Tensor da Fáscia Lata.
- (4) Músculo Peitoral Maior.
- (5) Músculo Trapézio.

- () Tipo I
- () Tipo II
- () Tipo III
- () Tipo IV
- () Tipo V

A sequência numérica correta de preenchimento dos parênteses da segunda coluna, de cima para baixo, é

- (A) 3 – 1 – 2 – 5 – 4.
- (B) 1 – 5 – 2 – 4 – 3.
- (C) 5 – 3 – 2 – 1 – 4.
- (D) 3 – 5 – 2 – 1 – 4.
- (E) 3 – 2 – 1 – 5 – 4.

09. Sobre a expansão tecidual é **INCORRETO** afirmar que

- (A) à medida que ocorre a expansão tecidual há grande proliferação celular que é responsável por dissipar a tensão de repouso no tecido expandido ao seu estado basal.
- (B) ocorre afinamento da epiderme e espessamento da derme com alinhamento do colágeno.
- (C) com a expansão tecidual há melhora da vascularização local, o que faz os retalhos expandidos mais confiáveis.
- (D) os retalhos expandidos são comparáveis aos retalhos autonomizados ou tardios em termos de calibre vascular.
- (E) a expansão tecidual é particularmente útil nas reconstruções de escalpo, em que os expansores são colocados entre o pericrânio e a gálea aponeurótica, e o retalho a ser posteriormente rodado é planejado conforme as principais artérias que nutrem o escalpo, como as artérias temporais superficiais, as auriculares posteriores, as occipitais ou os vasos supraorbitários.

10. Em relação à sequência de Robin, é correto afirmar que

- (A) a patologia consiste na associação de quatro sinais e sintomas sempre presentes: micrognatia, glossoptose, fenda palatina e dificuldade respiratória.
- (B) entre os tratamentos não cirúrgicos iniciais destacam-se a posição prona da criança, colocação de tubo nasofaríngeo e placas palatais que reposicionam a língua. Todos com alta eficácia na resolução do problema.
- (C) a fenda palatina presente nessas crianças é semelhante à de crianças com fenda palatina isolada.
- (D) a distração osteogênica da mandíbula é tida como o tratamento cirúrgico mais eficaz.
- (E) traqueostomia é o tratamento cirúrgico mais custo-efetivo a longo prazo, pela alta eficácia, baixo custo e baixa morbidade.

11. As fendas faciais são defeitos congênitos que levam a distorções faciais e cranianas com déficit ou excesso de tecidos em conformação linear. Sobre as fendas faciais, de acordo com Tessier, é correto afirmar que

- (A) a classificação de Tessier é a mais utilizada e numera as fendas de 0-14 conforme sua relação com a órbita. Sua aplicabilidade é meramente cirúrgica, sem nenhuma relação neuroembriológica no mapeamento das zonas de desenvolvimento da face.
- (B) a fenda 3, também conhecida como oronasocular, começa semelhante às fendas 1 e 2, rompendo filtro e base nasal, e sobe rompendo o canto medial orbitário. É a fenda mais raramente encontrada.
- (C) a fenda 8 raramente ocorre de forma isolada, sendo mais comum em associação com outras fendas. A associação das fendas 6, 7 e 8 bilateralmente é a associação que melhor descreve a síndrome de Treacher-Collins.
- (D) a fenda 0, invariavelmente, se apresenta com hipoplasia ou agenesia das estruturas da linha média da face, nunca por alargamento ou duplicações.
- (E) a fissura número 7 é muito rara em comparação às demais fendas faciais. Acomete a comissura oral, podendo levar à macrostomia. Pode ocorrer em associação com a microsomia craniofacial.

12. Em relação aos ângulos da zetaplastia e o ganho teórico de alongamento que ocorre, assinale a alternativa correta.

- (A) Ângulo de 60 graus alonga 25%.
- (B) Ângulo de 45 graus alonga 90%.
- (C) Ângulo de 30 graus alonga 10%.
- (D) Ângulo de 90 graus alonga 120%.
- (E) Ângulo de 75 graus alonga 75%.

13. Em relação às cirurgias ortognáticas e medidas cefalométricas, é correto afirmar que

- (A) o fator mais importante para avaliar altura vertical da maxila é a exposição dos incisivos centrais com os lábios em repouso, que em homens deve ser de 8-10 mm e em mulheres apenas de 6-8 mm.
- (B) o plano de horizontal de Frankfort cruza a porção superior do meato acústico (porion) e o ponto mais anterior da sutura frontonasal no plano médio-sagital (nasion).
- (C) os pontos SNA e SNB são os mais importantes para avaliar a posição da maxila e mandíbula. O SNA reflete a posição mandibular, e o SNB a posição maxilar.
- (D) é importante que o cirurgião lembre que movimentos de expansão como avanços e reposicionamento inferior dos seguimentos pioram dobras e definições na face, ao passo que os de movimentos de constrição como os posteriores e superiores tendem a acomodar melhor os tecidos e melhorar esse problema.
- (E) um paciente com oclusão classe III pode tê-la por diferentes etiologias: mandíbula normal e maxila retrognática, maxila normal com mandíbula prognática, uma mandíbula retrognática com uma maxila mais severamente retrognática ou uma maxila prognática com uma mandíbula mais severamente prognática. E, conforme essas etiologias, diferentes abordagens cirúrgicas serão utilizadas para tratar um paciente com mesma classe oclusal.

14. Em relação à reconstrução de orelha, conforme técnica proposta por Brent, avalie as proposições abaixo.

- I - É feita em 4 estágios: confecção do arcação auricular, rotação do lobo da orelha, liberação posterior do arcação cartilaginoso e reconstrução do tragus.
- II - O arcação cartilaginoso central é feito com a sincondrose da sexta e sétima costela e a hélice com a primeira flutuante livre (oitava costela).
- III- A criação do local de inserção do arcação (*pocket*) deve ser amplo, maior que o tamanho planejado da orelha a ser reconstruída. Nesse momento já se remove o remanescente de orelha micrótica.
- IV - A pele adere ao novo arcação com drenos de sucção ligados a um tubo de coleta a vácuo.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II e III.
- (C) Apenas I, II e III.
- (D) Apenas II, III e IV.
- (E) I, II, III e IV.

15. Em relação às técnicas de rinolabioplastias, assinale as afirmativas abaixo com **V** (verdadeiro) ou **F** (falso).

- () A técnica de LeMesurier utiliza retalhos triangulares.
- () A técnica de Millard de avanço e rotação, publicada em 1957, é ainda hoje uma das mais utilizadas.
- () No planejamento da técnica proposta por Fisher, em 2005, se adiciona um pequeno triângulo acima da linha branca para rotação adicional.
- () A técnica de Fisher gera bons resultados e tem a vantagem de ser extremamente simples, sendo indicada para cirurgias iniciantes.
- () Na técnica de Spina se aplicam zetaplastias para alongamento do lábio.

A sequência correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é

- (A) F – V – V – F – V.
- (B) V – V – F – F – V.
- (C) F – V – F – F – V.
- (D) V – V – V – F – V.
- (E) F – V – F – V – V.

16. A craniossinostose mais comum é a que resulta do fechamento da sutura

- (A) metópica.
- (B) coronal unilateral.
- (C) sagital.
- (D) lambdoide.
- (E) coronal bilateral.

17. O hiperteleorbitismo não é uma doença em si, mas um sinal ou condição que acompanha algumas anomalias craniofaciais. Sobre o hiperteleorbitismo, é correto afirmar que

- (A) pode ocorrer nas craniofascioestenoses, fendas faciais, displasia frontonasal e nas holoprosencefalias.
- (B) para decidir entre as diferentes técnicas de mobilização das órbitas para a correção do hiperteleorbitismo é necessário considerar a severidade do hiperteleorbitismo, a estrutura maxilar e a idade do paciente.
- (C) nos casos de afastamento orbitário com oclusão normal ou subnormal, a bipartição hemifacial como a proposta por Van der Meulen é a abordagem preferida.
- (D) nos casos de afastamento orbitário associado com restrição transversa da maxila são preferidas as técnicas como a *Box-shift osteotomies*, que medializam as órbitas horizontalmente em bloco.
- (E) nas técnicas de mobilização orbitária e de bipartição hemifacial há sempre a necessidade de abordagem intracraniana para resultados adequados e duradouros.

18. As microssomias craniofaciais são o segundo tipo de anomalia craniofacial mais encontrado atrás somente das fissuras labiopalatinas. Em relação a essa patologia, é correto afirmar que

- (A) dentre as classificações mais utilizadas se destaca a classificação de OMENS, que avalia órbita, mandíbula, esqueleto facial, nervos e sistema musculoaponeurótico.
- (B) a classificação de Pruzansky gradua a deformidade mandibular em grau I: mandíbula com todos componentes normais, mas diminuídos, IIA: mandíbula com ramo, côndilo e articulação temporomandibular menores e de formato anormal, IIB: ramo marcadamente hipoplásico e alterado (medializado e anterior), sem articulação com o osso temporal e grau III: ramo, côndilo e articulação temporomandibular ausentes.
- (C) apneia obstrutiva é rara nesses pacientes, mesmo nas microssomias craniofaciais bilaterais.
- (D) a distração osteogênica de mandíbula é indicada apenas nos casos de disfunção respiratória grave com risco de precisar de traqueostomia.
- (E) as orelhas são raramente acometidas nesses pacientes.

19. Denomina-se cranialização

- (A) o procedimento de abertura do crânio.
- (B) a reconstrução da tábua interna da calota craniana.
- (C) a reconstrução da tábua externa da calota craniana.
- (D) a remoção da parede posterior do seio frontal.
- (E) a reconstrução de toda a calota craniana.

20. Sobre a displasia óssea fibrosa, é correto afirmar que

- (A) é tradicionalmente dividida em monostótica, poliostótica e síndrome de McCune-Albright.
- (B) a forma poliostótica é a mais comum, com várias áreas ósseas sendo acometidas.
- (C) os ossos do crânio são os mais comumente acometidos.
- (D) assim que é feito o diagnóstico, é mandatória a remoção de todas as áreas ósseas acometidas.
- (E) o risco de degeneração maligna da displasia óssea fibrosa é bastante elevado, em torno de 20% em casos isolados (monostótica) e em 50% dos casos com síndrome de McCune-Albright.

21. Em relação à doença de Romberg, ou hemiatrofia facial progressiva, é correto afirmar que

- (A) é uma doença hereditária que acomete mais mulheres jovens.
- (B) pode envolver parte ou todos os tecidos faciais, tipicamente envolvendo pele, subcutâneo e também músculos, cartilagens e ossos.
- (C) o tratamento com uma sessão de enxerto de gordura é resolutivo na maioria dos casos.
- (D) quando o acometimento ocorre em idade precoce, a evolução tende a ser menos agressiva e mais indolente do que quando surge em idade mais tardia.
- (E) o uso de retalhos microvasculares é desencorajado no tratamento desses pacientes.

22. Paciente de 40 anos apresenta volumoso tumor na maxila. A biópsia sugere ameloblastoma. Neste caso é correto afirmar que

- (A) o melhor tratamento é a marsupialização.
- (B) o ameloblastoma é um tumor com altíssimo índice de malignização.
- (C) a cirurgia deve ser radical pelos riscos de invasão da base do crânio.
- (D) radioterapia deve ser considerada para diminuir massa tumoral.
- (E) a maxila é muito mais frequentemente acometida do que a mandíbula neste tipo de tumor odontogênico.

23. As fraturas envolvendo o complexo orbitozigomaxilar (COZM) são comuns no trauma facial. Com relação a elas é correto afirmar que

- (A) a fratura em *blow-out* puro é aquela que envolve as paredes orbitais apenas, sem acometer outros ossos, e é mais comum que as *blow-out* impuras que envolvem outras topografias.
- (B) as fraturas do tipo *blow-in* são aquelas em que a parede orbital quebra e os fragmentos adentram a órbita, como as fraturas do teto orbitário. Elas costumam ser mais fáceis de tratar e serem menos graves.
- (C) são situações que merecem cirurgia de urgência nas fraturas orbitais: hematoma retrobulbar, síndrome do ápice orbital e síndrome do encarceramento muscular.
- (D) o tratamento das fraturas do COZM depende do grau de deslocamento bem como das deficiências estéticas e funcionais resultantes. A esmagadora maioria dos pacientes não necessita cirurgia.
- (E) o nervo mais acometido nas fraturas do COZM é o nervo supraorbitário.

24. Em relação à Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32), publicada em 2005 e alterada em 2019, que dispõe sobre Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, é **INCORRETO** afirmar que

- (A) sempre que houver vacinas eficazes contra agentes biológicos a que os trabalhadores estão, ou poderão estar, expostos, o empregador deve fornecê-las gratuitamente.
- (B) a NR-32 tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.
- (C) em toda ocorrência de acidente envolvendo riscos biológicos, com ou sem afastamento do trabalhador, deve ser emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT.
- (D) o uso de luvas pode substituir o processo de lavagem das mãos, e deve ocorrer em todos os atendimentos.
- (E) os Equipamentos de Proteção Individual – EPI, descartáveis ou não, deverão estar à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição.

25. Sobre reconstruções dos lábios, é correto afirmar que

- (A) no retalho de Abbe utiliza-se o lábio inferior para reconstrução do lábio superior. Ele é capaz de reconstruir 1/3 do lábio superior e pode ser feito em tempo único.
- (B) o retalho de Abbe-Estlander é usado para reconstruir defeitos centrais do lábio superior.
- (C) a técnica de Karapandzik é capaz de reconstruir até 3/4 do lábio inferior com resultados estéticos aceitáveis e gerando um lábio funcional.
- (D) para lesões de todo o lábio inferior uma opção é o retalho de Webster, que mobiliza tecidos das bochechas que também resultam em boa função e sensibilidade.
- (E) para defeitos de mucosa o retalho de língua pode ser uma boa opção, principalmente se mobilizado tecido do dorso da língua, que tem aspecto mais próximo ao do vermelhão.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL Nº 04/2022 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 27

MÉDICO I (Cirurgia Plástica: Crânio-Maxilo-Facial)

01.	E	11.	C	21.	B
02.	A	12.	D	22.	C
03.	B	13.	E	23.	C
04.	C	14.	E	24.	D
05.	E	15.	A	25.	C
06.	B	16.	C		
07.	C	17.	B		
08.	D	18.	B		
09.	B	19.	D		
10.	D	20.	A		