

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E PROFISSIONAL EM SAÚDE 2026
PARECERES AOS RECURSOS IMPETRADOS REFERENTES À PROVA
TEÓRICA OBJETIVA**

QUESTÃO 13 - NUTRIÇÃO

Candidato: 372

A questão 13, está correta, conforme a justificativa abaixo. Está referenciada na bibliografia abaixo.

Conforme segue:

A alternativa é falsa: Também é adotado o termo Educação Nutricional ou Educação Alimentar.

Correto: Adota-se o termo Educação Alimentar e Nutricional e não o termo Educação Nutricional ou o termo Educação Alimentar.

A informação segue no seguinte material de referência:

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012. 68p.

Adota-se o termo Educação Alimentar e Nutricional e não o termo Educação Nutricional ou o termo Educação Alimentar para que o escopo de ações abranja desde os aspectos relacionados ao alimento e alimentação, os processos de produção, abastecimento e transformação aos aspectos nutricionais. (Pág. 23-24)

RECURSO IMPROCEDENTE

QUESTÃO 21 - NUTRIÇÃO

Candidato: 372

A alternativa A está **correta**.

De acordo com os Níveis de Assistência em Nutrição (Maculevicius, 1994), “Pacientes cuja doença de base exija cuidados dietoterápicos, mas não apresentam risco nutricional (disfagia, diabetes, alergia à proteína do leite de vaca, hipertensão)”, que é o caso do paciente em questão – com hipertensão controlada, bom estado nutricional, sem intercorrências e que segue dieta padronizada para a patologia, classificam-se como Nível Assistencial Secundário.

Referência:

Maculevicius J, Fornasari MLL, Baxter YC. Níveis de assistência em nutrição. Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo. 1994 Mar-Abr;49(2):79-81.

RECURSO IMPROCEDENTE

QUESTÃO 23 - NUTRIÇÃO

Candidatos: 136 e 178

A alternativa D está **correta**.

De acordo com Cuppari L. (2019), página 422, “na doença hepática crônica, quando houver presença de ascite ou edema, deve-se dar preferência a mensuração da massa magra através das medidas de circunferência do braço e circunferência muscular do braço, indicadores que apresentam menos interferência da retenção hídrica”. Ademais, a questão solicita a interpretação da questão baseada nas alternativas apresentadas para avaliação da massa magra de doentes hepatopatas crônicos, não constando nesta relação outras medidas sugeridas pela candidata.

Referência:

CUPPARI, Lilian. Nutrição Clínica no Adulto. 4ª ed – Barueri [SP]: Manole, 2019.

RECURSOS IMPROCEDENTES

QUESTÃO 24 - NUTRIÇÃO

Candidato: 1

A alternativa E está **correta**.

Conforme consta na Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2022, Recomendação 9 (R9), página 13, “O consumo de gorduras totais, em adultos com DM2, deve ser entre 20-35% das calorias diárias. É RECOMENDADO priorizar a utilização de ácidos graxos mono e poliinsaturados em detrimento de gorduras saturadas, por estarem associados à menor incidência de doenças cardiovasculares”.

Referência: RAMOS, Silvia et al. Terapia Nutricional no Pré-Diabetes e no Diabetes Mellitus Tipo 2. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). DOI: 10.29327/557753.2022-25, ISBN: 978-65-5941-622-6.

RECURSO IMPROCEDENTE

QUESTÃO 29 - NUTRIÇÃO

Candidato: 178

A alternativa D está **correta**.

Não há, dentre as opções listadas, carência de outro nutriente, com exceção ao ferro, que esteja relacionado à ocorrência de unhas quebradiças.

Referência:

CUPPARI, Lilian. Nutrição Clínica no Adulto. 4ª ed – Barueri [SP]: Manole, 2019, p. 135 (Tabela 6.19).

RECURSO IMPROCEDENTE

Candidato: 263

A alternativa A, perfeita do ponto de vista diagnóstico: Citologia de exsudato ou imprint frequentemente mostra leveduras em forma de charuto (cigar-shaped). Biópsia cutânea pode revelar granulomas piogranulomatosos com leveduras. Cultura micológica é, de fato, o padrão-ouro para confirmação, sendo essencial para identificação de *Sporothrix brasiliensis*, *S. schenckii* e outros do complexo. Condiz integralmente com a literatura brasileira (Fiocruz, OIE, ACVIM).

RECURSO IMPROCEDENTE

QUESTÃO 22 - MV - AC

Candidato: 263

A alternativa B, perfeitamente alinhada às diretrizes ACVIM 2019 / 2021: A ecocardiografia é o padrão-ouro para caracterizar espessamento valvar, identificar regurgitação mitral e avaliar remodelamento atrial/ventricular. Em cães assintomáticos estágio B2, o pimobendan é indicado para atrasar a progressão da doença, comprovado pelo estudo EPIC Trial (2016), que reduziu em 15 meses o tempo até ICC ou morte. Única alternativa completa e totalmente correta em diagnóstico e manejo.

RECURSO IMPROCEDENTE

QUESTÃO 23 - MV - AC

Candidatos: 263 e 265

A alternativa D, é a única alternativa completa e perfeitamente alinhada às diretrizes clínicas. Menciona corretamente que o diagnóstico exige exclusão de nefropatias e hepatopatias, como recomenda ACVIM/WSAVA. Afirma que o diagnóstico intestinal deve ser confirmado com exames apropriados (US, endoscopia/biópsia, testes complementares).

Descreve manejo direcionado à causa, incluindo: dietas de exclusão/hidrolisadas, terapia imunossupressora (quando EII é causa), suporte nutricional e antitrombóticos (corretíssimo, pois EPP cursa com risco tromboembólico elevado). Alternativa mais completa, correta e bem fundamentada.

RECURSOS IMPROCEDENTES

QUESTÃO 25 - MV - AC

Candidatos: 152 e 263

A alternativa C reúne corretamente: técnicas diagnósticas adequadas (fluoroscopia e broncoscopia como padrão-ouro); limitações das radiografias; necessidade de avaliação dinâmica; extensão das lesões como parte do diagnóstico. É a única alternativa completa, precisa e alinhada ao que há de mais aceito na literatura (ACVIM, Tilley, Ettinger, estudos recentes em braquicefálicos).

RECURSOS IMPROCEDENTES

QUESTÃO 38 - MV - AC

Candidato: 263

Após análise do recurso referente a questão de número 38, esclarece-se que as literaturas de referência em Patologia Clínica Veterinária trazem a seguinte classificação tradicional (figura 1), baseada no valor de proteína e na contagem total de células nucleadas:

Transudato modificado: contagem total de células nucleadas entre 1.000 e 7.000/ μ L;

Exsudato: contagem total de células nucleadas superior a 7.000/ μ L, com proteína geralmente $>3,0$ g/dL.

O valor de 5.000 células/ μ L, citado pelo recorrente, pode ocorrer em inflamações iniciais, porém não corresponde ao critério classificatório adotado nas obras abaixo mencionadas. Assim, a alternativa (A) está correta, pois reflete exatamente os limites referenciais consolidados na literatura. Dessa forma, o recurso é indeferido.

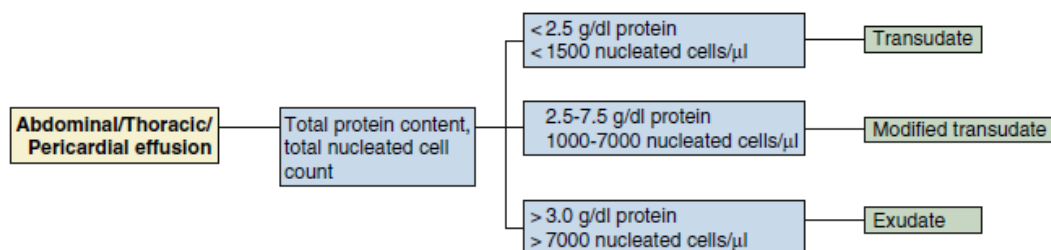


Figura 1 - Algoritmo tradicional para classificar efusões em transudatos, transudatos modificados ou exsudatos, com base no valor de proteínas e na contagem total de células nucleadas (VALENCIANO & RICCI, 2020).

DEMPSEY, S.M.; EWING, P.J. A Review of the Pathophysiology, Classification, and Analysis of Canine and Feline Cavitory Effusions. J Am Anim Hosp Assoc. 2011; 47:1–11. DOI 10.5326/JAAHA-MS-5558.

VALENCIANO, A.C.; RICCI, T.E. Abdominal, Thoracic, and Pericardial Effusions. In: VALENCIANO, A.C.; COWELL, R.L. Cowell and Tyler's diagnostic cytology and hematology of the Dog and Cat, 5th ed. 2020. p. 229-246.

RECURSO IMPROCEDENTE

QUESTÃO 17 - ENFERMAGEM

Candidato: 57

O argumento apresentado pelo candidato fundamenta-se na alegação de que a numeração das assertivas estaria em desacordo com a numeração das alternativas, uma vez que nas assertivas constariam os itens I, V, VI e VII, enquanto nas alternativas estariam os itens I, II, III e IV.

Contudo, tal equívoco ocorreu apenas na prova disponibilizada na página do processo seletivo. Na prova efetivamente respondida pelo candidato, tanto as assertivas quanto as alternativas estavam corretamente numeradas de I a IV.

Dessa forma, o recurso é julgado improcedente.

RECURSO IMPROCEDENTE

QUESTÃO 26 - ENFERMAGEM

Candidatos: 144 e 306

A resposta apresentada está correta, sendo o gabarito correspondente à letra B.

Actinomicetos são um tipo de bactéria.

Na letra C, que os candidatos consideram como alternativa incorreta, o que se avalia é a propriedade ideal dos antibióticos.

RECURSOS IMPROCEDENTES

QUESTÃO 27 - ENFERMAGEM

Candidato: 57

O gabarito preliminar com assertiva correta (e), sequência (B – C – D – E – A) está incorreto, pois:

- Associa Gotículas (B) à definição de Aerossóis (C).
- Associa Aerossóis (C) à definição de Gotículas (B).
- Associa Vetor (E) à definição de Contato (A).
- Associa Contato (A) à definição de Vetor (E).

Essa troca conceitual desqualifica a alternativa E.

Pelo exposto, solicito a alteração do gabarito da Questão 27 para a assertiva de possibilidade de escolha (c) por esta ser a ÚNICA assertiva que expressa a correta sequência de correlação das colunas da tabela apresentada pela questão.

Candidato: 144

De acordo com as atualizações publicadas pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), em setembro de 2024

(<https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/Guideline-Isolation-H.pdf>), diversas classes de patógenos podem causar infecções, incluindo bactérias, vírus, fungos, parasitas e príons. Os modos de transmissão variam conforme o agente etiológico, e alguns deles podem ser disseminados por mais de uma via.

Com base nessa referência:

A) Transmissão por contato: constitui o modo mais frequente de disseminação e subdivide-se em duas categorias: contato direto e contato indireto. A transmissão direta ocorre quando microrganismos são transferidos de um indivíduo infectado para outro, sem a presença de objetos ou pessoas intermediárias contaminadas. Já a transmissão indireta envolve a passagem do agente infeccioso por meio de um objeto ou pessoa que atuou como intermediário contaminado.

- Portanto, a quarta afirmativa representa a letra A.

B) Transmissão por gotículas: configura-se, tecnicamente, como uma forma de transmissão por contato. Alguns agentes infecciosos disseminados por gotículas também podem ser transmitidos pelas vias de contato direto ou indireto. Diferentemente da transmissão por contato, porém, as gotículas respiratórias transmitem infecção ao alcançar diretamente as mucosas suscetíveis do receptor, geralmente a curta distância, justificando a necessidade de proteção facial. Tais gotículas são produzidas quando o indivíduo infectado tosse, espirra, fala ou durante procedimentos como sucção, intubação endotraqueal, indução de tosse por fisioterapia e ressuscitação cardiopulmonar.

A distância máxima para transmissão por gotículas ainda não está totalmente estabelecida. Embora historicamente se utilize o raio de até 3 pés (aproximadamente 1 metro) como parâmetro, evidências de surtos — como o de SARS em 2003 — e estudos experimentais com varíola sugerem que as gotículas podem alcançar pessoas situadas a até 6 pés (1,8 m) ou mais da fonte.

A definição de tamanho das gotículas também apresenta controvérsias. Tradicionalmente, considera-se gotículas aquelas maiores que 5 μm , enquanto os núcleos de gotículas (droplet nuclei) — partículas $\leq 5 \mu\text{m}$ resultantes da evaporação das gotículas — são associados à transmissão aérea, especialmente da tuberculose, embora tal definição não se aplique de forma universal a todos os microrganismos. Evidências indicam que gotículas de

30 µm ou mais podem permanecer em suspensão no ar por determinado período de tempo.

- Portanto, a segunda afirmativa representa a letra B.

C) Transmissão por aerossóis: há evidências de que determinados agentes respiratórios — como influenza e rinovírus — e até alguns vírus gastrointestinais, como norovírus e rotavírus, podem ser transmitidos por aerossóis de pequenas partículas, tanto em condições naturais quanto experimentais. Esse tipo de transmissão já foi documentado a distâncias superiores a 3 pés (1 metro), porém ainda restrito ao mesmo ambiente aéreo, como um quarto de internação, o que indica que não permanecem viáveis ao percorrer longas distâncias pelo ar.

- Dessa forma, não há alternativa que represente adequadamente esse tipo de transmissão. Ressalta-se que a primeira afirmativa, conforme o CDC, refere-se à transmissão aérea propriamente dita, modalidade não contemplada na questão.

D) Veículos comuns: a transmissão ocorre a partir de fontes que não envolvem indivíduos infectados, incluindo aquelas relacionadas a veículos ou ambientes contaminados, como alimentos, água ou medicamentos (por exemplo, soluções intravenosas). - Portanto, a quarta alternativa representa corretamente a letra D.

E) Vetores: envolve a transmissão por meio de mosquitos, moscas, roedores e outros animais sinantrópicos. - Portanto, a última alternativa representa a letra E.

A partir disso, solicito que:

1) a questão seja anulada, tendo em vista que a transmissão por aerossóis não foi adequadamente contemplada em nenhuma das alternativas; ou, alternativamente, 2) caso a comissão julgue que transmissão por aerossóis e aérea sejam sinônimas, que o gabarito seja alterado para letra C, sendo a sequência correta: C-B-D-A-E

Candidato: 259

Venho respeitosamente solicitar a revisão do gabarito referente à questão no 27. Conforme divulgado, a alternativa considerada correta foi a letra E; contudo, analisando criteriosamente o conteúdo epidemiológico e os conceitos consolidados na literatura de Vigilância em Saúde, observa-se que a única alternativa plenamente compatível com as definições apresentadas no enunciado é a alternativa C.

A questão exige a correlação entre as vias de transmissão e suas respectivas descrições. A primeira definição descreve partículas que permanecem suspensas no ar por longos períodos e podem percorrer grandes distâncias — característica exclusiva da transmissão por aerossóis. A segunda definição refere-se à transmissão por espirros, tosse ou

procedimentos que geram gotículas, correspondendo claramente à transmissão por gotículas. A terceira definição trata da disseminação por água, alimentos, medicamentos ou qualquer fonte comum contaminada, conceito clássico de veículos comuns. A quarta definição descreve tanto a transmissão direta entre pessoas quanto a indireta por objetos contaminados, o que corresponde inequivocamente à transmissão por contato. Por fim, a última definição apresenta o agente infeccioso sendo transportado por um organismo vivo, usualmente artrópodes, caracterizando a transmissão vetorial.

Assim, a sequência coerente, lógica e tecnicamente embasada é C – B – D – A – E, exatamente aquela apresentada na alternativa C.

A alternativa indicada no gabarito (letra E) não contempla adequadamente as descrições apresentadas e não corresponde à correlação epidemiológica correta, estando em desacordo com os princípios clássicos apresentados em manuais do Ministério da Saúde, literatura de Infectologia e diretrizes da Anvisa.

Diante do exposto, e considerando a importância da precisão técnica no processo seletivo, solicito a retificação do gabarito para a alternativa C, assegurando assim a fidelidade ao conhecimento científico e a equidade na avaliação dos candidatos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Precauções e isolamento para prevenção da transmissão de microrganismos em serviços de saúde.

ANVISA, 2007 (e atualizações posteriores em manuais de 2021 e 2023).

CDC — Centers for Disease Control and Prevention.

Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings.

Atlanta, 2007 (com atualizações em 2024).

WHO — World Health Organization.

Infection Prevention and Control (IPC) in Health Care: Guidelines.

WHO, 2016 (e atualizações).

Candidato: 306

De acordo com as atualizações do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de setembro de 2024 (<https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/Guideline-Isolation-H.pdf>), várias classes

de patógenos podem causar infecção, incluindo bactérias, vírus, fungos, parasitas e príons.

Os modos de transmissão variam conforme o tipo de organismo, e alguns agentes

infecciosos podem ser transmitidos por mais de uma via.

Segundo esta referência:

A) Transmissão por contato: é o modo mais comum de transmissão, sendo dividida em dois subgrupos: contato direto e contato indireto. A transmissão direta ocorre quando microrganismos são transferidos de uma pessoa infectada diretamente para outra pessoa sem a presença de um objeto ou pessoa intermediária contaminada. A transmissão indireta envolve a transferência de um agente infeccioso por meio de um objeto ou pessoa intermediária contaminada. - Portanto, a quarta afirmativa representa a letra A.

B) Transmissão por gotículas: é, tecnicamente, uma forma de transmissão por contato, e alguns agentes infecciosos transmitidos pela via de gotículas também podem ser transmitidos pelas vias de contato direto e indireto. No entanto, em contraste com a transmissão por contato, as gotículas respiratórias que carregam patógenos infecciosos transmitem infecção quando viajam diretamente do trato respiratório do indivíduo infectado para as superfícies mucosas suscetíveis do receptor, geralmente a distâncias curtas, tornando necessária a proteção facial. As gotículas respiratórias são geradas quando uma pessoa infectada tosse, espirra ou fala, ou durante procedimentos como sucção, intubação endotraqueal, indução de tosse por fisioterapia torácica e ressuscitação cardiopulmonar. A distância máxima para a transmissão por gotículas ainda não está definida. Entretanto, diferentemente dos patógenos transmitidos por via aérea, não há transmissão por gotículas a longas distâncias pelo ar. Historicamente, a área de risco definida tem sido um raio de ≤ 3 pés (aprox. 1 metro) ao redor do paciente, baseada em estudos epidemiológicos e simulados, e essa distância tem sido eficiente como referência para o uso de máscaras. Contudo, estudos experimentais com varíola e investigações durante os surtos globais

de SARS em 2003 sugerem que as gotículas desses pacientes podem alcançar pessoas localizadas a 6 pés (1,8 m) ou mais da fonte. O tamanho das gotículas é outro ponto em discussão. Tradicionalmente: gotículas são definidas como $> 5 \mu\text{m}$; núcleos de gotículas (droplet nuclei) — partículas menores resultantes da dessecação de gotículas — são definidas como $\leq 5 \mu\text{m}$, associadas à transmissão aérea, especialmente da tuberculose, definição que não é generalizável a outros microrganismos.

Estudos demonstram que gotículas com $30 \mu\text{m}$ ou mais podem permanecer suspensas no ar por certo tempo. - Portanto, a segunda afirmativa representa a letra B.

C) Transmissão por aerossóis: para certos outros agentes respiratórios — como influenza e

rinovírus — e até alguns vírus gastrointestinais, como norovírus e rotavírus, existem dados sugerindo que o patógeno pode ser transmitido por aerossóis de pequenas partículas sob condições naturais e experimentais. Esse tipo de transmissão já foi documentado a distâncias maiores que 3 pés (1 metro), mas ainda dentro de um mesmo espaço aéreo definido, como um quarto de paciente. Isso indica que esses agentes não permanecem viáveis em correntes de ar que percorrem longas distâncias. - Portanto, não há alternativa que represente, corretamente esse tipo de afirmação.

A primeira afirmação, segundo o CDC, compreende o tipo de transmissão aérea, não citada na questão.

D) Veículos comuns: a transmissão de infecção a partir de fontes que não indivíduos infectados inclui aquelas associadas a fontes ambientais comuns ou veículos, como alimentos, água ou medicamentos contaminados (por exemplo, soluções intravenosas). - Portanto, a quarta alternativa representa corretamente a letra D.

E) Vetores: envolve mosquitos, moscas, ratos e outros animais sinantrópicos. - Portanto, a última alternativa representa a letra E.

A partir disso, solicito que:

- 1) a questão seja ANULADA, tendo em vista que a transmissão por aerossóis não foi corretamente contemplada em nenhuma alternativa; OU
- 2) caso a comissão julgue que transmissão por aerossóis e aérea sejam sinônimas, que o gabarito seja alterado para letra C, sendo a sequência correta: C-B-D-A-E

RECURSOS PROCEDENTES PARA A TROCA DE GABARITO, DA ALTERNATIVA “E” PARA A ALTERNATIVA “C”.

QUESTÃO 32 - ENFERMAGEM

Candidato: 144

A regra dos nove consiste em um método rápido para estimar a porcentagem da superfície corporal total acometida por queimaduras, atribuindo valores aproximados aos principais segmentos corporais.

Distribuição Percentual por Segmentos Corporais, segundo essa regra:

Cabeça e pescoço – 9%

-Anterior: 4,5%

-Posterior: 4,5%

-Tronco anterior – 18%

-Tórax: 9%

-Abdome: 9%

-Tronco posterior – 18%

-Região dorsal: 9%

-Região lombar: 9%

Extremidades superiores – 18% (9% cada membro)

Para cada membro superior (inclui braço, antebraço e mão como um único segmento): -

Anterior: 4,5%

-Posterior: 4,5%

Extremidades inferiores – 36% (18% cada membro). Para cada membro inferior (inclui coxa, perna e pé considerados globalmente):

-Anterior: 9%

-Posterior: 9%

Região genital (períneo) – 1%

Referências utilizadas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H.; OVERBAUGH, Kristen J. Brunner & Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica - 2 Volumes. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

Manual de queimaduras para estudantes / organização : Derek Chaves Lopes, Isabella de Liz Gonzaga Ferreira, Jose Adorno. – Brasília: Sociedade Brasileira de Queimaduras, 2021.

MOORE, R. A; POPOWICZ, P.; BURNS, B. Rule of Nines. StatPearls. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513287/>.

No enunciado da questão, estava escrito o que segue: "[...] sendo as áreas queimadas as regiões do tórax anterior e posterior e do membro superior esquerdo, anterior e posterior [...]".

Portanto, realizados o cálculo da superfície corporal queimada:

-Tórax anterior = 9%

-Tórax posterior (região dorsal) = 9%

-Membro superior esquerdo = 9%

Portanto, totalizando 27%.

Nesse sentido, solicito a ANULAÇÃO da questão, visto que não há alternativa com essa porcentagem

Candidato: 306

A Regra dos Nove é um método rápido para estimar a porcentagem da superfície corporal total

queimada, atribuindo valores aproximados a grandes segmentos corporais.

Distribuição Percentual por Segmentos Corporais, segundo essa regra:

Cabeça e pescoço – 9%

-Anterior: 4,5%

-Posterior: 4,5%

Tronco: 36%

-Tronco anterior – 18%

-Tórax: 9%

-Abdome: 9%

-Tronco posterior – 18%

-Região dorsal: 9%

-Região lombar: 9%

Extremidades superiores – 18% (9% cada membro)

Para cada membro superior (inclui braço, antebraço e mão como um único segmento):

-Anterior: 4,5%

-Posterior: 4,5%

Extremidades inferiores – 36% (18% cada membro). Para cada membro inferior (inclui coxa, perna e pé considerados globalmente):

-Anterior: 9%

-Posterior: 9%

Região genital (períneo) – 1%

Referências utilizadas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras / Ministério da

Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H.; OVERBAUGH, Kristen J. Brunner & Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica - 2 Volumes. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

Manual de queimaduras para estudantes / organização : Derek Chaves Lopes, Isabella de Liz Gonzaga Ferreira, Jose Adorno. – Brasília: Sociedade Brasileira de Queimaduras, 2021.

MOORE, R. A; POPOWICZ, P.; BURNS, B. Rule of Nines. StatPearls. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513287/>.

No enunciado da questão, estava escrito o que segue: "[...] sendo as áreas queimadas as regiões do tórax anterior e posterior e do membro superior esquerdo, anterior e posterior [...]".

Portanto, realizados o cálculo da superfície corporal queimada:

-Tórax anterior = 9%

-Tórax posterior (região dorsal) = 9%

-Membro superior esquerdo = 9%

Portanto, totalizando 27%.

Nesse sentido, solicito a ANULAÇÃO da questão, visto que não há alternativa com essa porcentagem

RECURSOS PROCEDENTES. A QUESTÃO SERÁ CREDITADA PARA TODOS OS CANDIDATOS DA ÁREA DE ENFERMAGEM.

QUESTÃO 33 - ENFERMAGEM

Candidato: 144 e 306

Questão mantida, pois a literatura é consistente ao definir que o recém-nascido prematuro é aquele que nasce antes de 37 semanas completas de gestação, (não no intervalo de 37-39 semanas, igual está descrito na questão). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a prematuridade corresponde ao nascimento com idade gestacional inferior a 37 semanas. Já os recém-nascidos entre 37 e

41 semanas e 6 dias são classificados como a termo, sendo o intervalo de 37 a 38 semanas e 6 dias denominado "termo precoce". Portanto, entre 37 e 39 semanas o bebê não é

considerado prematuro, mas sim normotermo, o que reforça a adequação da resposta apresentada.

RECURSOS IMPROCEDENTES

QUESTÃO 37 - ENFERMAGEM

Candidatos: 57, 144, 259, 306 e 322

A resposta correta apresenta a sequência das ações que devem ser realizadas: um único choque, seguido imediatamente por um ciclo de reanimação cardiopulmonar, com compressões torácicas e posterior administração de epinefrina. A questão não solicita o momento exato da administração da epinefrina, tampouco o número de choques a serem aplicados, apenas a ordem geral dos cuidados.

RECURSOS IMPROCEDENTES

QUESTÃO 38 - ENFERMAGEM

Candidato: 57

Em sua íntegra interpretação, a questão exige que o candidato relacione a coluna 1, onde contempla-se aos termos, com a coluna 2, onde completam-se os conceitos dos termos. Conforme o gabarito, a alternativa que contemple de forma correta esta sequência é a alternativa (a). Todavia, o primeiro conceito disposto na tabela na coluna dos conceitos postula a seguinte definição: "Lesão primária, vesicular, de dimensões variáveis e conteúdo purulento". Destaco na oportunidade o emprego errôneo deste conceito, em que o mesmo refere-se a pústula, em acordo com Merck Sharo e Dohme Corp no Manual MSD (2025) sobre Descrições de Lesões Cutâneas. Ao avaliar-se os termos na coluna 1 pode-se observar que não tem-se a presença do termo PÚSTULA, para que seja empregado ao primeiro conceito da coluna 2. Ademais destaco que a definição emprega "Diurese <100 - 50 ml/24h." refere-se ao termo anúria, o que a alternativa (a) associa a assertiva errada a

ligação do termo com seu conceito. O mesmo se repete no conceito "Micção noturna e maior frequência de micção à noite." em que a alternativa (a) associa o termo errado pela

ordem ao conceito. Sendo assim tem-se uma sucessão de erros, variando a emprego errôneo de conceitos até erros de correlação dos termos com seus conceitos. Assim sendo, em análise minuciosa pode-se constatar que nem uma das assertivas (a - b - c - d - e) contemplam de forma fidedigna a correlação entre as colunas de termos e conceitos. Esta presença de sucessão de erros, associado a impossibilidade de uma assertiva que contemple a correta resposta torna a questão INVÁLIDA, por empregar ordem errônea. Desta forma solicito que impreterivelmente esta questão seja anulada.

Candidato: 144

No enunciado, o candidato deve correlacionar alterações do sistema urinário (poliúria, oligúria, anúria, hematúria, nictúria) às definições apresentadas na segunda coluna. Entretanto, uma das definições fornecidas é manifestamente inadequada e alheia ao campo semântico dos termos urológicos, a saber:

“Lesão primária, vesicular, de dimensões variáveis e conteúdo purulento.”

Essa definição não corresponde a nenhum dos termos listados (poliúria, oligúria, anúria, hematúria, nictúria) e parece referir-se a um quadro de natureza lesional ou infecciosa (por exemplo, lesão vesicular), evidenciando erro de formulação ou compilação do item.

Definições corretas (conforme BRUNNER & SUDDARTH)

Para esclarecer e demonstrar o equívoco, seguem as definições reconhecidas e utilizadas em provas e em prática clínica (citação bibliográfica ao final):

- Anúria: débito urinário inferior a 50 mL/24 h.
- Oligúria: débito urinário inferior a 400 mL/24 h, ou < 0,5 mL/kg/h por 6 horas.
- Poliúria: aumento do débito urinário — tipicamente > 2.000–2.500 mL/24 h (hipernatúria/ poliúria).
- Hematúria: presença de eritrócitos na urina; pode originar-se em qualquer segmento do trato urinário (rins, ureteres, bexiga, próstata, uretra).
- Nictúria (noctúria): necessidade de despertar do sono para urinar; aumento da frequência miccional noturna.

(Fonte: HINKLE J. L.; CHEEVER K. H.; OVERBAUGH K. J. Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 15. ed., 2023. p.1558.)

Mapeamento correto entre enunciado e definições apresentadas

Na própria disposição textual da prova, as cinco definições da segunda coluna aparecem, de cima para baixo, na seguinte ordem:

1. “Lesão primária, vesicular, de dimensões variáveis e conteúdo purulento.” —
(inadequada / não corresponde a nenhum termo listado)
2. “Diurese <100 - 50 mL/24 h.” — Anúria
3. “Micção noturna e maior frequência de micção à noite.” — Nictúria
4. “Pode ter origem em qualquer segmento do trato urinário: rins, ureteres, bexiga, próstata ou uretra.” — Hematúria
5. “Diurese < 400 mL/24 h.” — Oligúria

Dessa forma, o pareamento correto, considerando as definições válidas, seria:

- Poliúria (1) → Nenhuma das definições listadas corresponde à poliúria (a declaração 1 é estranha e incompatível).
- Oligúria (2) → definição 5 (diurese < 400 mL/24 h).
- Anúria (3) → definição 2 (diurese < 50–100 mL/24 h).
- Hematúria (4) → definição 4 (origem em qualquer segmento do trato urinário).
- Noctúria (5) → definição 3 (micção noturna).

Logo, a sequência correta (com base nas definições válidas) seria: Poliúria - nenhuma, 5, 2, 4, 3. Considerando que a prova exige a numeração completa, a presença de uma definição inválida torna a correspondência impossível de ser resolvida de forma correta e inequívoca pelo candidato. Diante do erro material e conceitual identificado, ou seja, a inclusão de definição alheia ao tema clínico ou a troca indevida de enunciados, requer-se a anulação da Questão 38 ou, alternativamente, a revisão do gabarito, com a atribuição de pontuação a todos os candidatos em caráter de compensação, conforme as normas do edital, uma vez que se trata de item mal formulado que compromete a igualdade de condições entre os candidatos.

Referência bibliográfica

HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H.; OVERBAUGH, Kristen J. Brunner & Suddarth — Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2023. E-book. p.1558. ISBN 9788527739504. Disponível em:
<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527739504/>.

A questão no 38 solicita a associação entre cinco alterações do sistema urinário (Poliúria, Oligúria, Anúria, Hematúria e Noctúria) e suas definições correspondentes. Entretanto, após análise criteriosa, observa-se que não há possibilidade de associação correta, pois uma das definições apresentadas não corresponde a nenhuma das alterações listadas, gerando erro técnico que compromete toda a questão.

A primeira definição apresentada — “Lesão primária, vesicular, de dimensões variáveis e conteúdo purulento” — NÃO corresponde a nenhuma das alterações urinárias listadas:

- Não define Poliúria
- Não define Oligúria
- Não define Anúria
- Não define Hematúria
- Não define Noctúria

Trata-se de uma descrição dermatológica (lesão vesicular purulenta), absolutamente incompatível com o tema de nefropatias e com qualquer classificação urinária. Essa definição não pode ser associada a nenhuma das condições descritas, o que torna o pareamento impossível de ser completado de forma correta.

Ou seja: A questão contém uma definição sem correspondência possível, invalidando a estrutura da associação.

A sequência correta de associações NÃO corresponde a nenhuma das alternativas

Considerando apenas as definições válidas:

Anúria → diurese < 100–50 mL/24h

Noctúria → micção noturna aumentada

Hematúria → sangue originado em qualquer parte do trato urinário

Oligúria → diurese < 400 mL/24h

O único elemento impossível de associar é a primeira definição (lesão purulenta).

Assim, ao realizar a associação forçada por eliminação, obtém-se a sequência:

1 – 5 – 2 – 4 – 3

(Poliúria, Noctúria, Anúria, Hematúria, Oligúria)

Entretanto, essa sequência não está listada em nenhuma das alternativas apresentadas, o que torna a questão insolúvel.

Portanto: Não existe alternativa correta entre as opções A–E, violando critérios básicos de avaliação objetiva.

O gabarito apresentado (alternativa A) está tecnicamente incorreto

A alternativa indicada no gabarito preliminar contraria: a fisiologia urinária, a nefrologia básica e a nomenclatura clínica usada internacionalmente.

A alternativa A atribui, por exemplo: Anúria a uma lesão purulenta, Oligúria a micção noturna, Noctúria a diurese < 400 mL

Todas essas associações estão cientificamente erradas, demonstrando que o gabarito não se apoia em nenhuma referência válida.

4. A questão deve ser ANULADA por inconsistência técnica

Dada a presença de:

- 1 definição completamente incompatível com o tema
- Duas definições urinárias corretas associadas a alternativas erradas no gabarito
- Uma sequência correta que não existe entre as alternativas
- Impossibilidade absoluta de resolução lógica ou científica
- A questão viola princípios fundamentais de: clareza, coerência, objetividade, validade técnica.

Portanto: A questão não oferece alternativa correta. A única medida justa é a ANULAÇÃO da questão no 38.

Diante do exposto e fundamentado em princípios técnicos da semiologia e fisiologia renal, solicito respeitosamente a anulação da questão no 38 por inconsistência conceitual e impossibilidade de resposta correta.

BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Alterações do sistema urinário.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Semiologia urinária.

TORTORA, G.; DERRICKSON, B. Princípios de Anatomia e Fisiologia. Sistema urinário.

GUYTON, A.; HALL, J. Tratado de Fisiologia Médica. Função renal e regulação da diurese.

SOBOTTA, J. Atlas de Anatomia Humana. Sistema urinário.

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, Ministério da Saúde: definições de hematúria, oligúria, anúria e poliúria.

Manual MSD – Lesões dermatológicas: definição de pústula (lesão vesicular purulenta).

No enunciado, o candidato deve associar alterações do sistema urinário (poliúria, oligúria, anúria, hematúria, nictúria) a definições dispostas na segunda coluna. Entretanto, uma das definições fornecidas é manifestamente inadequada e alheia ao campo semântico dos termos urológicos, a saber:

“Lesão primária, vesicular, de dimensões variáveis e conteúdo purulento.”

Essa definição não corresponde a nenhum dos termos listados (poliúria, oligúria, anúria, hematúria, nictúria) e parece referir-se a quadro de natureza lesionada/infecciosa (ex.: lesão vesicular) o que demonstra erro de formulação/compilação do item.

Definições corretas (conforme BRUNNER & SUDDARTH)

Para esclarecer e demonstrar o equívoco, seguem as definições reconhecidas e utilizadas em provas e em prática clínica (citação bibliográfica ao final):

- Anúria: débito urinário inferior a 50 mL/24 h.
- Oligúria: débito urinário inferior a 400 mL/24 h, ou $< 0,5$ mL/kg/h por 6 horas.
- Poliúria: aumento do débito urinário — tipicamente > 2.000 – 2.500 mL/24 h (hipernatúria/ poliúria).
- Hematúria: presença de eritrócitos na urina; pode originar-se em qualquer segmento do trato urinário (rins, ureteres, bexiga, próstata, uretra).
- Nictúria (noctúria): necessidade de despertar do sono para urinar; aumento da frequência miccional noturna.

(Fonte: HINKLE J. L.; CHEEVER K. H.; OVERBAUGH K. J. Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 15. ed., 2023. p.1558.)

Mapeamento correto entre enunciado e definições apresentadas

Na própria disposição textual da prova, as cinco definições da segunda coluna aparecem na seguinte ordem (de cima para baixo):

1. “Lesão primária, vesicular, de dimensões variáveis e conteúdo purulento.” — (inadequada / não corresponde a nenhum termo listado)
2. “Diurese < 100 - 50 mL/24 h.” — Anúria
3. “Micção noturna e maior frequência de micção à noite.” — Nictúria
4. “Pode ter origem em qualquer segmento do trato urinário: rins, ureteres, bexiga, próstata ou uretra.” — Hematúria
5. “Diurese < 400 mL/24 h.” — Oligúria

Dessa forma, o pareamento correto, considerando as definições válidas, seria:

- Poliúria (1) → Nenhuma das definições listadas corresponde à poliúria (a declaração

1 é estranha e incompatível).

- Oligúria (2) → definição 5 (diurese < 400 mL/24 h).
- Anúria (3) → definição 2 (diurese < 50–100 mL/24 h).
- Hematúria (4) → definição 4 (origem em qualquer segmento do trato urinário).
- Noctúria (5) → definição 3 (micção noturna).

Logo, a sequência CORRETA (com base nas definições válidas) seria: (Poliúria — nenhuma), 5, 2, 4, 3. Como a prova exige numeração completa, a presença de uma definição inválida torna a correspondência impossível de ser resolvida de forma correta e inequívoca pelo candidato.

Diante do erro material/conceitual identificado, isto é, inclusão de definição alheia ao tema clínico ou troca indevida de enunciados, requiro a anulação da Questão 38 ou, alternativamente, a revisão do gabarito com a atribuição de pontuação a todos os candidatos em caráter de compensação, conforme normas do edital, por se tratar de item mal formulado que prejudica a igualdade de condições entre os candidatos.

Referência bibliográfica

HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H.; OVERBAUGH, Kristen J. Brunner & Suddarth — Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2023. E-book. p.1558. ISBN 9788527739504. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527739504/>.

RECURSOS PROCEDENTES. A QUESTÃO SERÁ CREDITADA PARA TODOS OS CANDIDATOS DA ÁREA DE ENFERMAGEM.

QUESTÃO 4 - ODONTOLOGIA

Candidato: 282

A alternativa C, considerada correta, afirma que serviços de saneamento básico que utilizam recursos da saúde não são considerados gastos em saúde. Entretanto, essa afirmação é incompatível com o que estabelece a Lei Complementar no 141/2012, norma superior que regulamenta o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

RECURSO PROCEDENTE. QUESTÃO CREDITADA PARA TODOS OS CANDIDATOS DE TODAS AS ÁREAS.

QUESTÃO 12 - ODONTOLOGIA

Candidato: 3

A questão se baseia nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (Portaria nº 483/2014) e nas ações estratégicas de Prevenção e Controle do Câncer Bucal no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), conforme seu enunciado. A alternativa que afirma: “A articulação com instituições de ensino e pesquisa pode fortalecer o diagnóstico precoce do câncer bucal, especialmente quando associada à vigilância epidemiológica local e ao monitoramento de indicadores de cobertura, detecção e seguimento”, está correta com base normativa no SUS / PNSB que legitima a produção de conhecimento epidemiológico, vigilância em saúde bucal e pesquisa como parte da política de saúde. Isso abre espaço institucional para que municípios/unidades de saúde articulem com instituições de ensino e pesquisa; Ações Estratégicas para Implementação da Lei da Saúde Bucal no SUS, após a sanção da Lei 14.572/2023), o Ministério da Saúde reafirma o caráter pactuado da implementação da política por entes federativos (municípios, estados, União) e orienta a possibilidade de atuação com base em evidências, o que abre espaço institucional para cooperação com universidades, centros de pesquisa e instituições científicas.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Política Nacional de Saúde Bucal : ações estratégicas para implementar as diretrizes da Lei n.º 14.572/23 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.

RECURSO IMPROCEDENTE

QUESTÃO 14 - ODONTOLOGIA

Candidato: 3

Considerando que o Anexo XL da Portaria de Consolidação nº 6/2017 define, de forma objetiva, o número mínimo de procedimentos a serem realizados mensalmente pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), discriminando metas específicas por tipo de unidade e por especialidade.

No caso dos Procedimentos de Cirurgia Oral Menor, a norma estabelece:

- CEO Tipo I: realização mínima de 80 procedimentos por mês;
- CEO Tipo II: realização mínima de 90 procedimentos por mês.

Com isso, quando calculamos a produção mínima anual, temos que:

- CEO Tipo I: $80 \times 12 \text{ meses} = 960$ procedimentos ao ano;
- CEO Tipo II: $90 \times 12 \text{ meses} = 1.080$ procedimentos ao ano.

A questão 14 apresenta valores que não correspondem às metas oficiais previstas para Cirurgia Oral Menor. O uso de números como 80 ou 110 é encontrado em alguns materiais interpretativos quando tratam de procedimentos básicos, contudo não se aplicam à especialidade de cirurgia oral menor que foi a área solicitada na questão. Nenhuma das alternativas disponibilizadas representa corretamente os valores exigidos mínimos anuais previstos em legislação.

Desta forma, solicita-se anulação da questão, uma vez que não há opção condizente com o que determina a regulamentação vigente.

Referências bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6/2017, Anexo XL – Centros de Especialidades Odontológicas.
- Publicações técnicas estaduais e municipais que replicam integralmente as metas definidas pelo Anexo XL.

Candidato 55:

O enunciado da questão solicita que se assinale a alternativa que corresponda a produção mínima anual de procedimentos para os CEOs tipo 1 e tipo 2, respectivamente, segundo o Anexo XL da portaria de consolidação nº6, de 28 de setembro de 2017.

Como resposta certa foi dada a alternativa que descreve “80 e 100”.

(Com base no próprio anexo XL da portaria de consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, página 546 que diz: “I- o monitoramento de produção consiste na análise de uma produção mínima mensal apresentada, a ser realizada nos CEOs”, “a) para os CEOs Tipo I: 80 procedimentos básicos por mês”; “60 procedimentos de periodontia, por mês, no total, referente aos seguintes códigos”; “35 procedimentos de Endodontia por mês, no total, referente aos seguintes procedimentos”; “80 Procedimentos de Cirurgia Oral no mês, no total, referentes aos seguintes códigos”

“a) para os CEOs Tipo II: 110 procedimentos básicos por mês, no total, referente aos seguintes códigos”; “90 procedimentos de periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos”; “60 procedimentos de endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos”; “90 Procedimentos de Cirurgia Oral no mês, no total, referentes aos seguintes códigos” essa alternativa apresenta erro na parte que se refere a produção mínima anual, se referindo a um valor não atribuído no anexo em questão, que se refere a produção mínima mensal.

Candidato: 326

Considerando que o Anexo XL da Portaria de Consolidação nº 6/2017 define, de forma objetiva, o número mínimo de procedimentos a serem realizados mensalmente pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), discriminando metas específicas por tipo de unidade e por especialidade.

No caso dos Procedimentos de Cirurgia Oral Menor, a norma estabelece:

- CEO Tipo I: realização mínima de 80 procedimentos por mês;
- CEO Tipo II: realização mínima de 90 procedimentos por mês.

Com isso, quando calculamos a produção mínima anual, temos que:

- CEO Tipo I: $80 \times 12 \text{ meses} = 960$ procedimentos ao ano;
- CEO Tipo II: $90 \times 12 \text{ meses} = 1.080$ procedimentos ao ano.

A questão 14 apresenta valores que não correspondem às metas oficiais previstas para Cirurgia Oral Menor. O uso de números como 80 ou 110 é encontrado em alguns materiais interpretativos quando tratam de procedimentos básicos, contudo não se aplicam à especialidade de cirurgia oral menor que foi a área solicitada na questão. Nenhuma das alternativas disponibilizadas representa corretamente os valores exigidos mínimos anuais previstos em legislação.

Desta forma, solicita-se anulação da questão, uma vez que não há opção condizente com o que determina a regulamentação vigente.

Referências bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação no 6/2017, Anexo XL – Centros de Especialidades Odontológicas.

RECURSOS PROCEDENTES. A QUESTÃO SERÁ CREDITADA PARA TODOS OS CANDIDATOS DA ÁREA DE ODONTOLOGIA.

QUESTÃO 19 - ODONTOLOGIA

Candidato: 3

Candidato afirma erroneamente que a alternativa I está incorreta. A alternativa está de acordo, conforme Art. 2º Constituem ESFR as equipes que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território.

(PORTARIA Nº 837, DE 9 DE MAIO DE 2014, Redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. Ministério da saúde)

Candidato afirma erroneamente que a alternativa IV está incorreta. De acordo com a Portaria nº GM/MS 837, de 09 de maio de 2014, no Anexo LVII da Portaria de Consolidação nº02, de 28 de setembro de 2017, define o arranjo organizacional para as eSFR. O arranjo

organizacional inclui a possibilidade de solicitação de custeio, por parte do gestor municipal ao Ministério da saúde. A alternativa está correta conforme o gabarito oficial.

Candidato: 154

O argumento apresentado pelo candidato fundamenta-se na alegação de que a numeração das assertivas estaria em desacordo com a numeração das alternativas, uma vez que nas assertivas constariam os itens I, V, VI e VII, enquanto nas alternativas estariam os itens I, II, III e IV.

Contudo, tal equívoco ocorreu apenas na prova disponibilizada na página do processo seletivo. Na prova efetivamente respondida pelo candidato, tanto as assertivas quanto às alternativas estavam corretamente numeradas de I a IV. Dessa forma, o recurso é julgado improcedente.

RECURSOS IMPROCEDENTES

QUESTÃO 26 - ODONTOLOGIA

Candidatos: 260

O enunciado da questão refere-se à conhecimento em anatomia. A musculatura suprahióidea exerce papel essencial na estabilização do osso hióide, estrutura íntima e funcionalmente relacionada aos movimentos coordenados da língua e da mandíbula durante a abertura bucal. Lesão traumática desses ramos motores, situação compatível com o mecanismo descrito no caso clínico, resulta em assimetria funcional do complexo hioideo, levando à: instabilidade unilateral do hióide, tração assimétrica da musculatura associada e consequente desvio simultâneo da língua e da mandíbula para o lado não afetado durante a abertura máxima da boca. Está plenamente de acordo com os fundamentos anatômicos, fisiológicos e clínicos reconhecidos na literatura especializada.

RECURSO IMPROCEDENTE

QUESTÃO 28 - ODONTOLOGIA

ANÁLISE DAS AFIRMATIVAS SEGUNDO A LITERATURA

Mesmo desconsiderando o erro formal, a análise técnica revela que apenas as afirmativas I e XII são corretas, conforme demonstrado abaixo:

AFIRMATIVA I — Verdadeira

Fraturas lineares e favoráveis podem ser estabilizadas com miniplacas load-sharing, pois há contato ósseo e estabilidade que permitem compartilhamento de carga.

Referências:

- Fonseca, *Oral and Maxillofacial Trauma*, 5ª ed., cap. 22
- Ellis & Zide, *Fractures of the Mandible*, 2019

AFIRMATIVA X — Falsa

A alternativa descreve de forma invertida o conceito de carga suportada. Placas load-bearing são indicadas justamente quando é necessária máxima estabilidade, suportando 100% da carga funcional — não quando a fixação é “insuficiente”.

Referências:

- Miloro, *Peterson's Oral and Maxillofacial Surgery*, 7ª ed., p. 401–404
- Champy et al., princípios biomecânicos de osteossíntese

AFIRMATIVA XI — Falsa

Load-bearing não divide carga com o osso; divide apenas no sistema load-sharing. Portanto, a afirmativa descreve o conceito de forma trocada.

AFIRMATIVA XII — Verdadeira

Placas de reconstrução 2.4 com três parafusos por lado são clássico exemplo de fixação load-bearing, princípio de carga suportada.

Referências:

- Fonseca, cap. 35
- Ellis, *Management of Comminuted Mandibular Fractures*

AFIRMATIVA XIII — Falsa

Cargas compartilhadas não utilizam sistema rígido 2.4 e não são recomendadas para fraturas cominutivas, que exigem obrigatoriamente load-bearing (placas de reconstrução). Além disso, fraturas cominutivas não permitem carga compartilhada por falta de estabilidade óssea.

NÃO EXISTE ALTERNATIVA COMPATÍVEL COM AS AFIRMATIVAS CORRETAS

A resposta tecnicamente correta (I e XII são verdadeiras) não aparece em nenhuma das alternativas.

A alternativa apresentada no gabarito oficial associa afirmativas incorretas, contrariando princípios biomecânicos universalmente aceitos e descritos na literatura clássica.

Candidato: 55

O enunciado da questão solicita a análise das afirmativas sobre os sistemas de fixação para fraturas faciais (load-sharing e load-bearing).

Como resposta certa foi dada a alternativa D que descreve “II e III” (Gabarito Preliminar), mas as alternativas II e III estão incorretas.

Com base no Livro Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson, do autor MILORO, Michael; GHALI, G. E., no capítulo 16, página 86 que diz: “A fixação tipo load-sharing é qualquer forma de fixação interna que apresente estabilidade insuficiente para suportar todas as cargas funcionais aplicadas às fraturas pelo sistema mastigatório”, a alternativa II (A fixação do tipo carga suportada representa qualquer tipo de fixação interna que apresente estabilidade insuficiente para suportar todas as cargas funcionais do sistema mastigatório) apresenta erro na parte conceitual pois afirma que carga suportada (load-bearing) é o sistema com estabilidade insuficiente, quando essa é a definição de carga compartilhada (load-sharing).

Com base no Livro Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson, do autor MILORO, Michael; GHALI, G. E., no capítulo 16, página 86 que diz: “O modo mais simples para discutir os esquemas de fixação para fraturas é dividi-los em dispositivos de fixação chamados de load-sharing – que dividem as cargas com o osso em cada lado da fratura – e load-bearing – um dispositivo resistente e rígido o suficiente para suportar toda a carga aplicada à mandíbula durante as atividades funcionais”, a alternativa III (Os dispositivos de fixação load-bearing dividem as cargas com o osso em cada lado da fratura) apresenta erro na parte conceitual pois afirma que o sistema load-bearing divide as cargas, quando o texto afirma que o sistema que divide as cargas é o load-sharing. (As únicas afirmativas corretas são a I e a IV)

Já alternativa I, que descreve “As fraturas lineares simples podem ser adequadamente estabilizadas com dispositivos de fixação tipo load-sharing” está certa com base no Livro Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson, do autor MILORO, Michael; GHALI, G. E., no capítulo 16, página 86 que diz: “As fraturas que podem ser adequadamente estabilizadas com dispositivos de fixação tipo load-sharing são fraturas lineares simples, que constituem a maioria de fraturas mandibulares”

Já alternativa IV, que descreve “As placas de reconstrução do sistema 2.4 com utilização de três parafusos de cada lado da fratura representam o princípio de carga suportada” está certa com base no Livro Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson, do autor MILORO,

Michael; GHALLI, G. E., no capítulo 16, página 86 que diz: “Geralmente, o dispositivo do tipo load-bearing mais utilizado é uma placa de reconstrução mandibular [...] e utilizam parafusos que costumam ser maiores que 2 mm em diâmetro (na maioria dos casos, 2,3 mm, 2,4 mm ou 2,7 mm)”

Havendo possibilidade então de duas respostas corretas (I e IV) e tendo em vista que a banca não aponta no seu edital as referências que utilizaram para formulação das questões e escolhas das respostas (A banca ofereceu a alternativa D como gabarito, que é errada, e nenhuma alternativa contempla a combinação I e IV), solicito anulação da questão.

PARECER: O argumento dos candidatos foi fundamentado em duas hipóteses. **1ª** a numeração das assertivas estaria em desacordo com a numeração das alternativas, uma vez que nas assertivas estaria informado I , X , XI , XII , XIII enquanto nas alternativas estariam os itens I, II, III e IV. Contudo, tal equívoco ocorreu apenas na prova publicada na página do processo seletivo. Na prova efetivamente respondida pelo candidato, tanto as assertivas quanto as alternativas estavam corretamente enumeradas de I a IV. **2ª**, que apenas as assertivas I e IV são corretas, sendo que não existe tal opção.

Diante dos argumentos apresentados na segunda hipótese, somos de parecer favorável à anulação da questão.

RECURSOS PROCEDENTES. A QUESTÃO SERÁ CREDITADA PARA TODOS OS CANDIDATOS DA ÁREA DE ODONTOLOGIA.

QUESTÃO 29 - ODONTOLOGIA

Candidato: 290

A questão enfatiza a preservação de pedículos de tecidos moles, refere-se à vascularização da maxila como estrutura óssea e aos pedículos de partes moles preservados durante cirurgias maxilares, onde a integridade do palato mole e da parede faríngea posterior é essencial para manter a

perfusão sanguínea. Na cirurgia ortognática maxilar a circulação colateral posterior é determinante na prevenção de necrose palatina e segmentar, sendo a artéria palatina

ascendente e faríngea ascendente responsáveis pelo suprimento vascular posterior do palato e regiões adjacentes — estruturas fundamentais para a perfusão da maxila mobilizada. (Referências anatômicas clássicas: Moore, Gray's Anatomy e Testut). Sendo mantido o gabarito oficial letra D.

RECURSO IMPROCEDENTE

QUESTÃO 36 - ODONTOLOGIA

Candidato: 3

AFIRMATIVA IV — INCORRETA

A osseodensificação corresponde a um método estritamente mecânico, que utiliza brocas específicas que compactam o leito ósseo, contribuindo para maior estabilidade primária. Não envolve administração de bifosfonatos. (BERGAMO et al., 2021; HINDI et al. 2020, HUWAIS et al., 2017).

Os bifosfonatos, inclusive, têm associação conhecida com osteonecrose dos maxilares, não constituem recurso para aumento de densidade óssea na implantodontia e é uma condição médica que requer manejo cauteloso na implantodontia (Andrade, pg. 244, pg. 248; Neville, pg. 228)

Quando um paciente faz uso de bifosfonatos, esses fármacos se incorporam à matriz óssea e exercem forte ação antirreabsortiva, inibindo a atividade dos osteoclastos — as células responsáveis pela reabsorção óssea. Isso, a princípio, mantém a densidade mineral do osso, mas também prejudica o balanço fisiológico necessário para remodelação e reparo ósseo. A osseointegração de um implante depende exatamente desse processo dinâmico: após a osteotomia, ocorre reabsorção de áreas danificadas, seguida de formação de osso novo e vascularização, permitindo adaptação e união óssea ao implante. Com os bifosfonatos, essa remodelagem fica comprometida, aumentando o risco de falha da integração e de complicações graves, como a Osteonecrose dos Maxilares (ONM).

Por outro lado, a técnica de Osseodensificação age por meio de compactação mecânica do osso trabecular durante a perfuração osseosa — preservando o metabolismo ósseo natural, permitindo remodelagem, revascularização e cicatrização adequadas (BERGAMO et al.,

2021; HINDI et al. 2020, HUWAIS et al., 2017). Já os bifosfonatos alteram a biologia óssea, interferindo no ciclo natural de

remodelagem, reparo e homeostase. Logo, não há equivalência: bifosfonatos não “densificam” o osso de modo funcional nem garantem estabilidade biológica a longo prazo; ao contrário, aumentam o risco de insucesso da osseointegração e de complicações pós-cirúrgicas.

Referências:

BERGAMO, E. T. P. et al. Osseodensification effect on implants primary and secondary stability: Multicenter controlled clinical trial. Clin Implant Dent Relat Res., v. 23, n. 3, p. 317–328, 2021.

HUWAIS, S.; MEYER, E. G. A Novel Osseous Densification Approach in Implant Osteotomy Preparation to Increase Biomechanical Primary Stability, Bone Mineral Density, and Bone-to-Implant Contact. Int J Oral Maxillofac Implants., v. 32, n. 1, p. 27-36, 2017.

HINDI, A. R.; BEDE, S. Y. The effect of osseodensification on implant stability and bone density: A prospective observational study. J Clin Exp Dent., v. 12, n. 5, e474- e478, 2020.

NEVILLE, Brad W.; DAMM, Douglas D.; ALLEN, Carl M.; CHI, Angela C. Oral and Maxillofacial Pathology. 5. ed. [S.l.]: Elsevier, 2024. ISBN 978-0-323-78981-3.

Publicado por acordo com a Elsevier Inc.

ANDRADE, Eduardo Dias de. Terapêutica medicamentosa em odontologia. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

Candidato 154:

A afirmativa que corresponde ao número II diz o seguinte: “Tratamentos de superfície hidrófobos corroboram para o aumento das taxas de osseointegração.”.

Segundo Miloro et al. (2016), as superfícies hidrofílicas são mais desejáveis do que os implantes hidrofóbicos em virtude de suas interações com os tecidos, as células e os fluidos biológicos. Logo, a afirmativa vai contra o que temos tanto nesta forte referência quanto na literatura em geral.

A afirmativa que corresponde ao número IV diz o seguinte: “A osseodensificação é aplicada por meio do uso de bifosfonatos para aumentar a densidade óssea e, assim, ter maiores chances de carga imediata.”.

Segundo a ANVISA (2013), os bifosfonatos são análogos sintéticos de um regulador

endógeno da mineralização óssea. Eles diminuem potencialmente a reabsorção óssea. Essa classe de medicamentos é utilizada para o tratamento e prevenção de distúrbios ósseos,

incluindo hipercalcemia, bem como para prevenção de problemas ósseos em doentes com cancro, tratamento de osteoporose e doença de Paget. Estudos recentes associam risco de ocorrência de osteonecrose dos maxilares relacionada ao uso desta classe medicamentosa. Conforme Padhye et al. (2020), a técnica recentemente introduzida de osseodensificação para implantes dentários envolve o uso de brocas especiais (Densah) que são rotacionadas no sentido anti-horário no local da osteotomia. Alega-se que isso causa a expansão do local da osteotomia e aumenta a densidade óssea nas imediações da mesma.

As definições aqui descritas sobre bifosfonatos e osseodensificação corroboram amplamente com a literatura geral sobre ambos os assuntos, e não há nenhum indício na literatura que indique que bifosfonatos podem ser usados para a realização de osseodensificação, inclusive, o uso de bifosfonatos pode interferir negativamente na instalação de implantes.

Visto os fatos aqui descritos, a alternativa D (gabarito) indica na verdade as alternativas incorretas, e não corretas. Como não há uma alternativa que indique as afirmativas corretas, a questão deve ser anulada.

Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Bifosfonatos: risco de osteonecrose mandibular. Brasília: ANVISA, 09 out. 2013. Disponível em: https://antigo.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?_101_assetEntryId=2916561&_101_groupId=33868&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_type=content&_101_urlTitle=bifosfonatos-risco-de-osteonecrose-mandibular-&inheritRedirect=true. Acesso em: 03 dez. 2025.
- MILORO, Michael; GHALI, G. E.; LARSEN, Peter E.; WAITE, Peter D. Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson. 3. ed. São Paulo: Santos, 2016. ISBN 978-8527729413.
- PADHYE, Ninad M.; PADHYE, Ashvini M.; BHATAVADEKAR, Neel B. Osseodensification — A systematic review and qualitative analysis of published literature. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, v. 10, n. 1, p. 375-380, 2020. doi:10.1016/j.jobcr.2019.10.002.

Candidato: 260

As quatro afirmativas apresentadas no enunciado estão em desacordo com a literatura científica contemporânea, conforme fundamentação abaixo.

1. Sobre a Afirmativa I:

A alegação de que travamentos de 60–70 Ncm causam necrose óssea em implantes cilíndricos é incorreta. A necrose por compressão ocorre somente em situações de torques extremamente elevados, geralmente acima de 100–120 Ncm, dependendo da macrogeometria e da densidade óssea.

Referências:

- Misch CE. Contemporary Implant Dentistry. 4th ed. Elsevier; 2020.
- Martin WC et al. Mechanical properties of bone and the influence of implant design. Int J Oral Maxillofac Implants. 2014.

2. Sobre a Afirmativa II:

Superfícies hidrofóbicas não aumentam as taxas de osseointegração. A literatura é clara em demonstrar que superfícies hidrofílicas apresentam maior molhamento, recrutamento celular e contato ósseo.

Referências:

- Buser D et al. Enhanced Bone Apposition to a Chemically Modified SLA Titanium Surface. J Dent Res. 2004.
- Schwarz F et al. Impact of hydrophilic implant surfaces. Clin Oral Investig. 2016.

3. Sobre a Afirmativa III:

RDI refere-se a “Restauración Dentaria Inmediata” ou “Immediate Dental Restoration”, indicando implante imediato com restauração provisória imediata, sem relação obrigatória com enxertos.

Referências:

- Salama M et al. Immediate Dental Restoration. Pract Proced Aesthet Dent. 1998.
- Misch CE. Contemporary Implant Dentistry. 4th ed.

4. Sobre a Afirmativa IV:

A técnica de osseodensificação NÃO utiliza bifosfonatos. Trata-se de um método completamente mecânico realizado com brocas Densah em rotação anti-horária, conforme descrito nos artigos originais.

Referências:

- Huwais S et al. Osseodensification: A Novel Biomechanical Bone Preparation Technique. Compend Contin Educ Dent. 2015.
- Huwais S & Meyer E. Mechanism of action. Int J Oral Maxillofac Implants. 2017.

Conclusão:

Como todas as afirmativas do item estão cientificamente incorretas, não havendo alternativa correta no gabarito, solicita-se respeitosamente a ANULAÇÃO da questão.

Candidato: 290

“IV - A osseodensificação é aplicada por meio do uso de bifosfonatos para aumentar a densidade óssea e, assim, ter maiores chances de carga imediata.”

Em um primeiro momento, vale ressaltar a ausência total de base científica para a afirmativa IV. A associação de bifosfonatos à osseodensificação em relação a implantodontia não consta em nenhum dos livros a seguir:

- Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson – terceira edição (Miloró); - Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea – sétima edição (Hupp); - Trauma Bucomaxilofacial – quarta edição (Fonseca);
 - Fundamentos da Prótese Sobre Implantes – Flávio Domingues das Neves; - Manual de Implantodontia Clínica; Conceitos, Protocolos e Inovações – M. Davarpanah;
 - Reabilitações Orais com Implantes Osteointegrados em Caso de Maior Complexidade;
- Dessa forma, realizando a leitura e busca textual por inspeção “Bifosfonatos” não fazem parte do acervo literário clássico.

Em um segundo momento, com base em artigos publicados no PUBMED, a técnica de osseodensificação é definida de forma mecânica, nunca medicamentosa:

- Osseodensification: An Innovative Technique With Manifold Gains “This technique includes biomechanical bone preparation or osteotomy preparation performed for dental implant placement, utilizing a specialized set of burs known as the Densah Bur Kit”
“The bone is not removed and preserved there.”

- Assessing peri-implant bone microarchitecture: conventional vs. osseodensification
drilling - ex vivo analysis

“The osseodensification technique has been proven to be effective in creating a condensed autograft bone layer...”

- Osseodensification: An Alternative to Conventional Osteotomy in Implant Site

Preparation: A Systematic Review

“Osseodensification drilling... enhances bone density... through compaction grafting.”

Dessa forma não há qualquer menção a fármacos, não há qualquer menção a bisfosfonatos e não há qualquer menção a medicação para aumentar densidade. Portanto, a técnica é exclusivamente mecânica, descrita por brocas não-subtrativas em contra-rotação, conforme repetido literalmente nos artigos. Em contraponto, o uso de bifosfonatos é associado a processos de reabsorção nos maxilares e um ponto de extrema atenção em procedimentos cirúrgicos odontológicos (inclui-se reabilitação com implantes):

Os bifosfonatos alteram o metabolismo normal do osso; este é constantemente submetido à remodelação por reabsorção e deposição óssea e tais medicamentos inibem a atividade dos osteoclastos impedindo a quebra do osso e também afetam a atividade osteoblástica, que, por sua vez, secundariamente afeta a atividade osteoclástica. O efeito combinado dos bifosfonatos altera significativamente o processo normal de deposição e reabsorção óssea. Também achados recentes sugerem que os bifosfonatos afetam as células cicatriciais da ferida do tecido mole.²⁹ As alterações cicatriciais combinadas dos tecidos mole e duro podem levar ao complexo processo da osteonecrose associada ao uso de bifosfonatos, que ainda não está completamente compreendido. A vida média dessa medicação é longa, frequentemente incerta, mas medida em anos.

O consentimento informado de possíveis complicações de osteonecrose dos maxilares associada ao uso de bifosfonatos deve ser discutido com o paciente antes de qualquer cirurgia dentoalveolar. Muitos cirurgiões têm usado maneiras de consentimento informado escritas com seus pacientes e, agora, estão disponíveis específicas maneiras customizadas para a osteonecrose dos maxilares associada ao uso de bifosfonatos.

Apesar dos melhores esforços dos profissionais e dos pacientes, ainda há possibilidade de desenvolvimento da osteonecrose dos maxilares associada ao uso de bifosfonatos na população desses pacientes. A doença pode ocorrer após uma cirurgia dentoalveolar, irritação por próteses ou espontaneamente (Figura 39.12). Os sintomas em geral apresentados são osso necrótico exposto, com ou sem dor. A American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons propôs um protocolo de estadiamento clínico em um documento de 2009 (Tabela 39.2).

envolvam cirurgia óssea devem ser evitados. A terapia endodôntica é preferível à extração dentária e também se deve evitar a colocação de implantes dentários. A incidência do desenvolvimento da osteonecrose dos maxilares associada ao uso de

Miloro et al. (2016)

Portanto, conclui-se que a afirmativa IV não possui: amparo em nenhuma frase literal dos artigos e amparo em nenhuma frase literal dos livros.

Logo, ela se torna materialmente impossível de ser considerada correta. Assim, a alternativa marcada pelo gabarito (II e IV) somente poderia ser aceita caso a afirmativa IV fosse verdadeira, o que é literalmente refutado.

Além do mais, ao eliminar a afirmativa IV resta apenas a alternativa E, pois as demais tornam-se automaticamente errôneas.

Assim, ainda que as afirmativas I, II e III apresentem imprecisões, a alternativa E era, objetivamente, a única possível para um candidato que identificou corretamente a inviabilidade literal da afirmativa IV. Desse modo, a estruturação da questão induz o

candidato ao erro e torna o item anulável, já que nenhuma alternativa corresponde ao conjunto de informações fidedignas da literatura.

Consequente a isso, a anulação é a única medida capaz de preservar a objetividade, a legalidade e o critério científico da avaliação.

Candidato: 326

AFIRMATIVA IV — INCORRETA

A osseodensificação corresponde a um método estritamente mecânico, que utiliza brocas específicas que compactam o leito ósseo, contribuindo para maior estabilidade primária. Não envolve administração de bifosfonatos. (BERGAMO et al., 2021; HINDI et al. 2020, HUWAIS et al., 2017).

Os bifosfonatos, inclusive, têm associação conhecida com osteonecrose dos maxilares, não constituem recurso para aumento de densidade óssea na implantodontia e é uma condição médica que requer manejo cauteloso na implantodontia (Andrade, pg. 244, pg. 248; Neville, pg. 228)

Quando um paciente faz uso de bifosfonatos, esses fármacos se incorporam à matriz óssea e exercem forte ação antirreabsortiva, inibindo a atividade dos osteoclastos — as células responsáveis pela reabsorção óssea. Isso, a princípio, mantém a densidade mineral do osso, mas também prejudica o balanço fisiológico necessário para remodelação e reparo ósseo. A osseointegração de um implante depende exatamente desse processo dinâmico: após a osteotomia, ocorre reabsorção de áreas danificadas, seguida de formação de osso novo e vascularização, permitindo adaptação e união óssea ao implante. Com os bifosfonatos, essa remodelagem fica comprometida, aumentando o risco de falha da integração e de complicações graves, como a Osteonecrose dos Maxilares (ONM).

Por outro lado, a técnica de Osseodensificação age por meio de compactação mecânica do osso trabecular durante a perfuração óssea — preservando o metabolismo ósseo natural, permitindo remodelagem, revascularização e cicatrização adequadas (BERGAMO et al., 2021; HINDI et al. 2020, HUWAIS et al., 2017). Já os bifosfonatos alteram a biologia óssea, interferindo no ciclo natural de remodelagem, reparo e homeostase. Logo, não há equivalência: bifosfonatos não “densificam” o osso de modo funcional nem garantem

estabilidade biológica a longo prazo; ao contrário, aumentam o risco de insucesso da osseointegração e de complicações pós- cirúrgicas. Assim, solicito anulação da questão ou

alteração do gabarito da letra “d” para opção “e” ou anulação da questão, considerando a incompatibilidade teórica da questão IV.

Fontes:

BERGAMO, E. T. P. et al. Osseodensification effect on implants primary and secondary stability:

Multicenter controlled clinical trial. Clin Implant Dent Relat Res., v. 23, n. 3, p. 317–328, 2021.

HUWAIS, S.; MEYER, E. G. A Novel Osseous Densification Approach in Implant Osteotomy Preparation to Increase Biomechanical Primary Stability, Bone Mineral Density, and Bone-to-Implant Contact. Int J Oral Maxillofac Implants., v. 32, n. 1, p. 27-36, 2017.

HINDI, A. R.; BEDE, S. Y. The effect of osseodensification on implant stability and bone density:

A prospective observational study. J Clin Exp Dent., v. 12, n. 5, e474- e478, 2020.

NEVILLE, Brad W.; DAMM, Douglas D.; ALLEN, Carl M.; CHI, Angela C. Oral and Maxillofacial Pathology. 5. ed. [S.l.]: Elsevier, 2024. ISBN 978-0-323-78981-3. Publicado por acordo com a Elsevier Inc.

ANDRADE, Eduardo Dias de. Terapêutica medicamentosa em odontologia. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

RECURSOS PROCEDENTES. A QUESTÃO SERÁ CREDITADA PARA TODOS OS CANDIDATOS DA ÁREA DE ODONTOLOGIA.

QUESTÃO 38 - ODONTOLOGIA

Candidatos: 25

O termo “overbite” é classificado em: Overbite positivo, Overbite negativo e Overbite nulo. Desta forma todos os pacientes apresentam algum tipo de overbite.

RECURSO IMPROCEDENTE

QUESTÃO 40 - ODONTOLOGIA

Candidatos: 3 e 326



Os argumentos listados pelos candidatos são improcedentes, visto que o gabarito está correto.

RECURSOS IMPROCEDENTES