



**insti+u+o
mais.org.br**

O Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

PREFEITURA MUNICIPAL DE ILHA COMPRIDA
CONCURSO PÚBLICO – EDITAL 02.2025 – SAÚDE
SUPERIOR COMPLETO – MÉDICOS – TARDE
CARGOS

**319 – MÉDICO DO TRABALHO, 320 – MÉDICO ESF, 321 – MÉDICO GINECOLOGISTA E
322 – MÉDICO HEBIATRA**

Prezado(s) Candidato(s),

Em resposta ao recurso interposto em relação à publicação do Gabarito da Prova Objetiva, informa-se abaixo o Parecer da Banca Examinadora.

CONHECIMENTOS BÁSICOS DE LEGISLAÇÃO MUNICIPAL (COMUM A TODOS OS CARGOS)

QUESTÃO 8

O recurso é improcedente, pois a questão pede inteligência do Estatuto do Funcionário Público Municipal, artigo 36, § 1º, segundo o qual “as diárias corresponderão a valor instituído em legislação própria, e somente serão devidas se o local a que o servidor se dirigir representando a municipalidade distar mais de 100 Km (cem quilômetros) e for impossível ao mesmo retornar no mesmo dia da ida.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

POLÍTICAS DE SAÚDE (COMUM A TODOS OS CARGOS)

QUESTÃO 13

O recurso é procedente e o gabarito deverá ser alterado de “A” para “B”.

Portanto, a banca examinadora defere o recurso interposto para a questão 13, alterando o seu gabarito de “A” para “B”.

QUESTÃO 19

O recurso é improcedente, pois o enunciado da questão se refere a um caso **agudo** de febre reumática; a estenose mitral não é um achado comum em casos agudos, ainda mais se tratando de um caso em que a probabilidade é se tratar de uma primeira infecção (idade do indivíduo). A estenose mitral não é inflamatória e sim estrutural e cicatricial, podendo ocorrer principalmente após alguns eventos de FR e remodelamento crônico da valva, gerando uma fibrose progressiva e espessamento valvar.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.



CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

320 – MÉDICO ESF

QUESTÃO 22

O recurso é improcedente, pois a alegação de “erro de grafia” não se sustenta como mera ausência de letra ou detalhe formal: trata-se, na verdade, de nomenclatura incorreta do escore. A alternativa “A” apresenta “**CHADS2-DS2-VASc**”, forma que não corresponde ao nome validado e recomendado nas diretrizes para estratificação de risco tromboembólico na fibrilação atrial não valvar. O escore consagrado na literatura é **CHA2DS2-VASc** (CHA₂DS₂-VASc), isto é, “CHA” seguido de “2”, “DS” seguido de “2” e “VASc”, não havendo respaldo técnico para a composição “CHADS2-DS2...”, que mistura a sigla histórica “CHADS2” com a estrutura do “CHA2DS2-VASc”, gerando uma denominação inexistente.

Contudo, essa inconsistência não compromete a identificação do instrumento clínico pretendido, pois as demais alternativas são escores distintos e destinados a finalidades diversas (p. ex., HAS-BLED para risco de sangramento; TIMI para estratificação em síndromes coronarianas agudas; Wells para probabilidade clínica de tromboembolismo venoso), preservando a unicidade da resposta e a objetividade do item. Assim, mantém-se o gabarito.

Fonte: LIP, G. Y. H. et al. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using the CHA2DS2-VASc score. *Chest*, v. 137, n. 2, p. 263-272, 2010. HINDRICKS, G. et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation. *European Heart Journal*, v. 42, n. 5, p. 373-498, 2021. JANUARY, C. T. et al. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. *Circulation*, 2023.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 25

O recurso é improcedente, pois a fundamentação técnica baseia-se na classificação fisiopatológica clássica das insuficiências respiratórias, consolidada na literatura médica mundial.

O enunciado solicita especificamente a definição da Insuficiência Respiratória Aguda (IRpA) do Tipo I (Hipoxêmica).

A divisão didática e clínica das insuficiências respiratórias fundamenta-se nos mecanismos de troca gasosa e ventilação:

- Tipo I (Hipoxêmica): Define-se pela falha na oxigenação arterial. Caracteriza-se por PaO₂ < 60 mmHg com PaCO₂ normal ou baixa (hipocapnia), resultante da hiperventilação compensatória. É o padrão encontrado em patologias que causam distúrbio de ventilação-perfusão (V/Q), shunt ou distúrbios de difusão.
- Tipo II (Hipercapnica): Define-se pela falha na ventilação alveolar (bomba ventilatória). Apresenta PaO₂ baixa associada obrigatoriamente à PaCO₂ elevada (> 45 mmHg). Ocorre quando o volume minuto respiratório é insuficiente para clarear o gás carbônico.

O argumento do candidato de que doenças como pneumonia extensa ou edema agudo de pulmão “podem evoluir” com hipercapnia é clinicamente correto, porém, conceitualmente equivocado para fins de classificação.



Quando um paciente com uma patologia inicialmente hipoxêmica (Tipo I) evolui para a fadiga da musculatura respiratória e começa a reter CO₂, ele muda de classificação, passando a apresentar uma insuficiência respiratória do Tipo II ou Mista.

A questão não solicita a análise da progressão clínica de uma doença, mas sim a definição teórica que caracteriza o Tipo I. Ao assinalar a alternativa B, o candidato descreve a definição de IRpA Tipo II. Portanto, a única alternativa que atende rigorosamente à definição de Insuficiência Respiratória Tipo I é a "A".

Fonte: HARRISON. *Medicina Interna*. 20. ed. Porto Alegre: AMGH, 2020. GOLDMAN-CECIL. *Medicine*. 26. ed. Philadelphia: Elsevier, 2020. WEST, John B. *Fisiologia Respiratória*. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 28

O recurso é improcedente, pois a fundamentação para a manutenção da alternativa "D" baseia-se na sinonímia farmacológica aceita universalmente e na vigência do termo nas principais referências da infectologia e pediatria.

O cerne do recurso baseia-se na alegação de que o termo "Leucovorina" seria uma nomenclatura obsoleta e capaz de induzir ao erro. No entanto, tal argumento não encontra sustentação nos fatos científicos e editoriais da área médica:

- **Identidade Farmacológica:** A Leucovorina é o nome genérico internacional (International Nonproprietary Name - INN) para o folinato de cálcio ou ácido folínico. Não se trata de um termo arcaico, mas sim de uma denominação técnica ativa, amplamente utilizada em bulários, farmacopeias e na rotina hospitalar de oncologia e infectologia.
- **Presença na Literatura de Referência:** Embora o PCDT do Ministério da Saúde utilize preferencialmente "Ácido Folínico", as obras clássicas de medicina citadas pelo próprio recorrente (como o Nelson Textbook of Pediatrics e o Red Book da Academia Americana de Pediatria) utilizam o termo Leucovorin (Leucovorina) de forma intercambiável e contínua em suas edições mais recentes.
- **Inexistência de Ambiguidade:** Não existe outra substância ou classe de fármacos com nome similar que pudesse confundir o candidato. Na farmacologia aplicada à toxoplasmose, a tríade clássica é composta por Pirimetamina, Sulfadiazina e o resgatador de folato (Ácido Folínico/Leucovorina).

O uso do termo "Leucovorina" é tecnicamente preciso e não fere os princípios de clareza ou atualização científica, uma vez que o fármaco é comercializado e prescrito sob esta denominação em todo o território nacional. A alternativa "D" apresenta o esquema terapêutico padrão-ouro de forma completa, enquanto as demais alternativas descrevem esquemas insuficientes ou tratamentos voltados para outras patologias.

Fonte: KLIEGMAN, Robert M. et al. Nelson Textbook of Pediatrics. 21. ed. Philadelphia: Elsevier, 2020. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT IST). Brasília, 2020. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Red Book: 2021-2024 Report of the Committee on Infectious Diseases. 32. ed. Itasca: AAP, 2021.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.



QUESTÃO 37

O recurso é improcedente, pois a decisão fundamenta-se na hierarquia dos métodos diagnósticos e no papel do Teste de Avidéz como padrão-ouro para confirmação de agudização.

O cerne da questão reside na distinção entre um "achado laboratorial" e um "método confirmatório de fase".

- O Papel do Teste de Avidéz (Gabarito C): Dentro do fluxo de investigação da Toxoplasmose gestacional, o Teste de Avidéz de IgG é a ferramenta diagnóstica definitiva (padrão-ouro) para confirmar se a infecção é, de fato, aguda e recente (ocorrida há menos de 12 a 16 semanas). Ele analisa a força de ligação entre antígeno e anticorpo; uma baixa avidéz é o marcador biológico inequívoco de que o sistema imune ainda não maturou sua resposta, confirmando a fase aguda.
- Soroconversão vs. Confirmação de Fase: A soroconversão (alternativa B) é um fenômeno de detecção (passagem do estado negativo para o positivo). Contudo, em termos de confirmação de diagnóstico de fase para fins de conduta terapêutica imediata, o Teste de Avidéz possui maior especificidade metodológica, pois elimina a possibilidade de resultados falso-positivos por IgM residual ou interferências laboratoriais comuns no início da gravidez.

Dessa forma, a alternativa "C" apresenta-se como a resposta tecnicamente mais robusta e completa, representando o procedimento confirmatório exigido pelos protocolos de Medicina Fetal e Infectologia para o manejo seguro da gestante. A soroconversão é um índice clínico, mas o diagnóstico de confirmação da agudização, que fundamenta a urgência do tratamento, repousa sobre a análise da avidéz dos anticorpos.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de Vigilância e Manejo da Toxoplasmose Gestacional e Congênita. Brasília: MS, 2018. FEBRASGO. Tratado de Obstetrícia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. UPTODATE. Toxoplasmosis in pregnancy: Diagnosis and management. 2024.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 39

O recurso é improcedente, pois a fundamentação para a manutenção do gabarito oficial na alternativa "B" baseia-se na fisiopatologia da hemostasia primária e nos padrões clássicos de diagnóstico diferencial em hematologia.

O enunciado solicita o "**achado laboratorial clássico**" da Doença de Von Willebrand (DvW) Tipo 1.

A Doença de Von Willebrand é o distúrbio hemorrágico hereditário mais comum e resulta de uma deficiência quantitativa (Tipo 1) ou qualitativa do Fator de Von Willebrand (VWF). A função primordial do VWF é mediar a adesão plaquetária ao subendotélio (hemostasia primária) e estabilizar o Fator VIII na circulação (hemostasia secundária).

- Tempo de Sangramento (TS) Prolongado: É o marcador clássico da disfunção da hemostasia primária. Embora o teste de Ivy (Tempo de Sangramento) venha sendo substituído na prática clínica moderna por testes como o PFA-100, ele permanece na literatura acadêmica e em avaliações de larga escala como o conceito fundamental para identificar defeitos de adesão plaquetária. Na DvW, o TS prolongado é a característica que a distingue das hemofilias (onde o TS é normal).



**insti+u+o
mais.org.br**

O Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

- TTPA Normal (Gabarito B): Na DvW Tipo 1, a deficiência do VWF é quantitativa e, frequentemente, de grau leve a moderado. Como o TTPA só apresenta prolongamento quando os níveis de Fator VIII caem abaixo de 30% a 40% de sua atividade normal, a maioria dos pacientes com o Tipo 1 da doença apresenta um TTPA normal.
- Refutação da Alternativa A: O achado de "TTPA prolongado com TP normal" é a descrição clássica das Hemofilias A e B. Utilizar este critério como o achado principal da DvW induziria ao erro de diagnóstico diferencial, uma vez que a marca registrada da DvW é justamente o envolvimento da hemostasia primária (adesão plaquetária), representada pelo Tempo de Sangramento.

Variabilidade do TTPA: O fato de o TTPA *poder* estar prolongado em casos graves não invalida o conceito de que, no padrão "clássico" solicitado pela questão para o Tipo 1, a normalidade do TTPA é um achado frequente que exige investigação complementar (como a atividade do cofator de ristocetina). Obsolescência do Teste: Em certames públicos, utiliza-se a terminologia clássica para testar o domínio dos conceitos fisiopatológicos. O termo "Tempo de Sangramento" é o descritor universal para o tempo de formação do tampão plaquetário inicial, sendo tecnicamente correto dentro do contexto de prova.

Desse modo, a alternativa "B" é a única que correlaciona corretamente o defeito da hemostasia primária (característico da DvW) com a apresentação laboratorial mais comum da forma leve/moderada (Tipo 1). O gabarito é mantido por sua precisão acadêmica e capacidade de diferenciar a patologia de outros distúrbios da coagulação.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

É o que tem a esclarecer.

Atenciosamente,

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social