

**PROJETO PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TIETÊ**  
**CONCURSO PÚBLICO – EDITAL 04.2025 – SAÚDE**  
**SUPERIOR COMPLETO – MÉDICOS – MANHÃ**

**CARGOS: 318 – MÉDICO CLÍNICO GERAL, 319 – MÉDICO PEDIATRA, 320 – MÉDICO PSIQUIATRA,  
321 – MÉDICO AUDITOR E 322 – MÉDICO DA FAMÍLIA**

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.

**POLÍTICAS DE SAÚDE (COMUM A TODOS OS CARGOS)**

**Questão 1**

O recurso é procedente, pois a alternativa “B” está incorreta, já que afirma que a iniciativa privada pode atuar no SUS em caráter complementar mesmo na ausência de insuficiência de serviços públicos. Conforme o artigo 24 da Lei n.º 8.080/1990, a atuação complementar da iniciativa privada só é permitida quando a rede pública não atender adequadamente à população, o que torna a afirmativa legalmente inexata.

Por outro lado, a alternativa “D” está correta, pois descreve fielmente a competência da direção nacional do SUS, que inclui formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição, bem como participar da formulação e execução das ações de saneamento básico, conforme previsto no artigo 16 da Lei n.º 8.080/1990.

Portanto, a banca examinadora defere o recurso interposto para a questão 1, alterando o seu gabarito de “B” para “D”.

**Questão 2**

O recurso é improcedente, pois a regulamentação posterior e a prática consolidada no âmbito do Sistema Único de Saúde (ex.: Resolução CNS n.º 453/2012) organizam a participação social em três grandes blocos:

- 50% de representantes de usuários;
- 25% de representantes de trabalhadores da saúde;
- 25% de representantes de gestores e prestadores de serviços.

Dessa forma, a referência à composição paritária entre usuários, profissionais e gestores, como descrito na alternativa (C), é correta e amplamente aceita, visto que o segmento dos prestadores de serviços está incluído no bloco dos gestores/prestadores.

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

**Questão 6**

O recurso é procedente, pois, por conta de uma falha conceitual, a questão ficou sem gabarito a ser assinalado, assim sendo, a questão deverá ser anulada e atribuído ponto a todos os candidatos presentes à aplicação da Prova Objetiva.

Portanto, a banca examinadora defere o recurso interposto para a questão 6, anulando-a.

## **CLÍNICA MÉDICA (COMUM A TODOS OS CARGOS)**

### **Questão 9**

O recurso é improcedente, pois o enunciado descreve uma infecção urinária não complicada em paciente adulta, quadro que, segundo diretrizes nacionais e internacionais (Ministério da Saúde, 2023; EAU Guidelines, 2024; IDSA, 2010), corresponde à cistite não complicada em mulheres. A pielonefrite não se enquadra nessa classificação, sendo considerada uma infecção urinária complicada, que envolve o trato urinário superior e costuma apresentar manifestações sistêmicas, como febre e dor lombar.

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

### **Questão 11**

O recurso é improcedente, pois a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2020), elaborada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) e Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), estabelece que tanto a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) quanto a Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) são métodos válidos para confirmar diagnóstico de hipertensão em casos duvidosos, além de serem indicados para identificar hipertensão do avental branco, hipertensão mascarada e auxiliar na estratificação do risco cardiovascular.

O fato de a questão mencionar especificamente a MAPA não a torna incorreta, visto que a MAPA, isoladamente, é de fato indicada para todos os propósitos descritos. Além disso, em termos de prática clínica, a MAPA continua sendo o método de referência para o diagnóstico de hipertensão do avental branco e da hipertensão mascarada, sendo considerada o “padrão-ouro” para a avaliação indireta da pressão arterial fora do consultório.

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

### **Questão 15**

O recurso é improcedente, pois em surtos comunitários, o tratamento de contatos próximos, mesmo assintomáticos, é uma prática reconhecida internacionalmente (CDC, OMS) como estratégia de interrupção da cadeia de transmissão, especialmente em ambientes escolares ou comunitários. Embora a Nota Técnica do Ministério da Saúde priorize a avaliação individual, a afirmativa III descreve conduta válida e amplamente adotada em surtos.

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

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

### Questão 17

O recurso é improcedente, pois a questão baseou-se no artigo 163, inciso IX, do Estatuto dos Servidores Públicos do Município de Tietê, que prevê expressamente a demissão como penalidade para a revelação de segredo funcional, salvo quando se tratar de denúncia de irregularidade a ser apurada.

Importa destacar que essa ressalva já foi incluída no enunciado da questão, o que afasta qualquer alegação de ambiguidade ou de possibilidade de penalidade alternativa. A conduta tipificada pelo dispositivo legal corresponde unicamente à pena de demissão, não cabendo interpretação ampliativa que permita substituição por suspensão, sob pena de afronta ao princípio da legalidade administrativa.

Assim, a única alternativa correta é a “C”, não havendo fundamento para alteração do gabarito ou anulação da questão.

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

### Questão 20

O recurso é improcedente, pois o artigo 27 do Estatuto em comento afirma o seguinte:

Art. 27 - São formas de provimento em cargo público: I - nomeação; **II – promoção**; III – readaptação; IV – reversão; V – disponibilidade e aproveitamento; VI – reintegração; VII – recondução.

Já o artigo 44 estabelece que a vacância do cargo público decorrerá de: I – exoneração; II – demissão; **III – promoção**; IV – readaptação; V – aposentadoria, caso o servidor público não queira permanecer trabalhando, respeitado o limite máximo de idade de 75 (setenta e cinco) anos de idade; VI – posse em outro cargo inacumulável; VII – falecimento; VIII – declaração judicial de ausência.

Fonte: [https://camaratiete.sp.gov.br/temp/28082025180100download\\_lei\\_3.pdf](https://camaratiete.sp.gov.br/temp/28082025180100download_lei_3.pdf)

Assim sendo, trata-se de uma forma de provimento e de vacância, concomitantemente, o instituto da promoção.

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

## **CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**

### **318 – MÉDICO CLÍNICO GERAL**

#### **Questão 23**

O recurso é procedente, pois em 23 de julho de 2025, por meio da Portaria SECTICS/MS n.º 49, o Ministério da Saúde aprovou o novo *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Hipertensão Arterial Sistêmica*. Este documento atualiza e oficializa as condutas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se a referência normativa vigente. A nova diretriz, de fato, modifica a abordagem para a HAS estágio 1. O texto do novo PCDT estabelece que o tratamento deve ser iniciado para indivíduos com PA  $\geq$  140/90 mmHg, sem condicionar o início da farmacoterapia à estratificação de risco cardiovascular.

Portanto, a banca examinadora defere o recurso interposto para a questão 23, alterando o seu gabarito de “C” para “A”.

## 322 – MÉDICO DA FAMÍLIA

### Questão 21

O recurso é improcedente, pois de acordo com o Capítulo XI (Dos Recursos), no subitem 11.9 prevê que “Não serão apreciados os recursos que forem apresentados: **11.9.1. Em desacordo com as especificações contidas neste Capítulo.** 11.9.2. Fora do prazo estabelecido. **11.9.3. Sem fundamentação lógica e consistente.** 11.9.4. Com argumentação idêntica a outros recursos. 11.9.5. Contra terceiros. 11.9.6. Com teor que desrespeite a Banca Examinadora. 11.10. Em hipótese alguma, serão aceitos revisão de recurso, recurso do recurso ou recurso de Gabarito Final Definitivo. 11.11. (...) 11.12. A Banca Examinadora constitui última instância para recurso, sendo soberana em suas decisões, razão pela qual não caberão recursos adicionais.

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

### Questão 22

O recurso é improcedente, pois de acordo com o Capítulo XI (Dos Recursos), no subitem 11.9 prevê que “Não serão apreciados os recursos que forem apresentados: **11.9.1. Em desacordo com as especificações contidas neste Capítulo.** 11.9.2. Fora do prazo estabelecido. **11.9.3. Sem fundamentação lógica e consistente.** 11.9.4. Com argumentação idêntica a outros recursos. 11.9.5. Contra terceiros. 11.9.6. Com teor que desrespeite a Banca Examinadora. 11.10. Em hipótese alguma, serão aceitos revisão de recurso, recurso do recurso ou recurso de Gabarito Final Definitivo. 11.11. (...) 11.12. A Banca Examinadora constitui última instância para recurso, sendo soberana em suas decisões, razão pela qual não caberão recursos adicionais.

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

### Questão 24

O recurso é improcedente, pois a questão avaliou o conhecimento aprofundado sobre a fisiopatologia da úlcera péptica associada ao *Helicobacter pylori*, exigindo a identificação da sua ação patogênica principal. Uma análise criteriosa da interação entre o microrganismo e o hospedeiro demonstra a inequívoca correção da alternativa (D), "Indução de resposta inflamatória crônica com liberação de mediadores lesivos", como o eixo central do processo ulcerogênico. A patogênese da lesão não se deve a um único fator, mas a principal estratégia de virulência do *H. pylori* é estabelecer uma infecção persistente que desencadeia e perpetua uma vigorosa resposta imune local, sendo o dano tecidual uma consequência direta desta inflamação crônica. A bactéria adere ao epitélio gástrico e, por meio de seus fatores de virulência, como a urease e adesinas, e em cepas mais virulentas, a injeção de efetores como a CagA, manipula a resposta do hospedeiro, resultando em gastrite crônica ativa. É a infiltração sustentada de neutrófilos, linfócitos e outras células imunes, com a consequente liberação de um arsenal de mediadores lesivos — citocinas como IL-8, TNF- $\alpha$ , espécies reativas de oxigênio e proteases — que efetivamente destrói a arquitetura da mucosa e supera os mecanismos de defesa e reparo, culminando na formação da úlcera.

A refutação das alternativas incorretas reforça a precisão da alternativa (D). A produção de citotoxinas e necrose direta, descrita na alternativa (A), embora seja um mecanismo real, não representa a ação principal que leva à úlcera. Fatores como a VacA e CagA são cruciais para modular a resposta inflamatória e a integridade celular, mas não causam uma necrose difusa em magnitude suficiente para, isoladamente, formar a úlcera; seu papel é mais estratégico, alimentando a inflamação que causa o dano macroscópico. Da mesma forma, a redução do muco protetor, apontada na alternativa (B), é majoritariamente uma consequência secundária, e não a ação primária. A quebra da barreira mucosa resulta primordialmente do estresse oxidativo e da atividade enzimática deletéria gerados pela própria resposta inflamatória crônica, em vez de uma ação direta e principal da bactéria sobre a camada de muco. Por fim, a estimulação da secreção ácida por hipergastrinemia, citada na alternativa (C), é um efeito fisiológico secundário e condicional. Ocorre tipicamente na gastrite com predomínio antral, sendo relevante para a úlcera duodenal,

mas não é a ação patogênica primária do microrganismo em si. Ademais, em casos de gastrite de corpo, a infecção pode levar à atrofia e à hipocloridria, demonstrando que este não é um mecanismo universal e, portanto, não o principal.

Em suma, a questão está bem formulada ao diferenciar a causa central das suas consequências e fatores contribuintes. A indução da resposta inflamatória crônica é o evento fundamental e integrador que explica de forma mais completa a transição da infecção assintomática para a doença ulcerosa péptica. As demais alternativas descrevem componentes importantes, mas que estão hierarquicamente subordinados ou são contextuais ao processo inflamatório crônico, que se firma como a ação patogênica principal.

Fonte: KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; ASTER, J. C. *Robbins & Cotran Patologia: Bases Patológicas das Doenças*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. LONGO, D. L. et al. (Eds.). *Medicina Interna de Harrison*. 20ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2020. KUSTERS, J. G.; VAN VLIET, A. H. M.; KUIPERS, E. J. Pathogenesis of *Helicobacter pylori* Infection. *Clinical Microbiology Reviews*, v. 19, n. 3, p. 449-490, 2006.

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

### **Questão 29**

O recurso é improcedente, pois a questão em análise apresenta um cenário clínico de monoartrite aguda, de início súbito e com intensos sinais inflamatórios, localizada especificamente na primeira articulação metatarsofalângica. O gabarito oficial aponta a alternativa (D), "podagra, na crise aguda de gota", como correta. O recurso interposto argumenta que o quadro é clinicamente indistinguível da artrite séptica, alternativa (C), configurando uma ambiguidade que invalidaria a questão. Embora a premissa do recorrente sobre a importância do diagnóstico diferencial seja clinicamente correta, ela não se aplica ao comando do enunciado, que solicita a identificação da "descrição clássica" do quadro.

Em um contexto de prática clínica, é verdade que toda monoartrite aguda e severa impõe a consideração imediata de artrite séptica, uma emergência médica cujo prognóstico depende da rapidez do diagnóstico e tratamento. A sobreposição de sinais e sintomas entre uma crise aguda de gota e uma infecção articular é notória, e a artrocentese com análise do líquido sinovial é frequentemente indispensável para a confirmação diagnóstica. Contudo, a questão não avalia a conduta clínica ou o processo de diagnóstico diferencial, mas sim a capacidade do candidato de reconhecer um quadro clínico patognomônico, uma apresentação de livro-texto.

O cerne da questão reside na combinação de todos os elementos descritos, especialmente a localização anatômica. A manifestação de uma artrite inflamatória aguda, hiperdolorosa, na primeira articulação metatarsofalângica é a definição exata do termo "podagra", que é o sinônimo da apresentação mais clássica e emblemática da gota. Cerca de 50% dos primeiros ataques de gota ocorrem nesta articulação. Em contrapartida, embora a artrite séptica possa, em tese, acometer qualquer articulação, sua apresentação mais clássica e frequente envolve grandes articulações, como o joelho (responsável por mais de 50% dos casos) e o quadril. O acometimento da primeira articulação metatarsofalângica pela artrite séptica é atípico. Portanto, o quadro descrito não é a "descrição clássica" da artrite séptica, mas é, inequivocamente, a da gota.

Dessa forma, o enunciado fornece elementos suficientes para uma resposta objetiva, e a presença da localização específica na primeira articulação metatarsofalângica atua como o fator-chave para a distinção entre as alternativas no contexto avaliativo. A questão explora o reconhecimento de uma das síndromes mais tradicionais da semiologia médica. A alegação de ambiguidade, baseada na sobreposição diagnóstica da prática diária, não invalida um item que cobra o conhecimento de uma apresentação arquetípica. Assim sendo, a questão está bem formulada e a alternativa (D) é a única que corresponde precisamente à descrição clássica do quadro clínico apresentado, não havendo margem para dupla interpretação dentro do que foi solicitado.

Fonte: LONGO, D. L. et al. (Eds.). *Medicina Interna de Harrison*. 20ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2020. GOLDMAN, L.; SCHAFER, A. I. *Goldman-Cecil Medicina*. 26ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022. DALBETH, N.; MERRIMAN, T. R.; STAMP, L. K. Gout. *The Lancet*, v. 388, n. 10055, p. 2039-2052, 2016.

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

### **Questão 38**

O recurso é improcedente, pois a questão solicita ao candidato que identifique o sistema mais importante na manutenção da hipertensão crônica, e o gabarito preliminar aponta como correta a alternativa (B), referente ao sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA). O recurso, de forma bem fundamentada, solicita a aceitação da alternativa (C), que descreve o papel da disfunção endotelial. Embora a disfunção endotelial seja um componente indiscutível e central na perpetuação da hipertensão, uma análise hierárquica dos mecanismos fisiopatológicos sustenta a primazia do SRAA como o sistema regulador mais fundamental na manutenção do estado hipertensivo crônico.

O argumento do recorrente está correto ao afirmar que a disfunção endotelial, com a consequente redução da biodisponibilidade de óxido nítrico, é um pilar da hipertensão estabelecida, contribuindo diretamente para o aumento da resistência vascular periférica. Este mecanismo é, de fato, um ciclo vicioso, em que a própria hipertensão agrava a disfunção endotelial, que por sua vez sustenta a elevação da pressão. Contudo, a disfunção endotelial é frequentemente compreendida na literatura como uma via final comum, resultante da exposição crônica do endotélio a múltiplos insultos hemodinâmicos e neuro-hormonais, muitos dos quais são orquestrados por sistemas de regulação superior, como o SRAA.

O sistema renina-angiotensina-aldosterona é o principal regulador a longo prazo da pressão arterial por atuar de forma integrada sobre seus dois determinantes fundamentais: a resistência vascular periférica e o volume intravascular. A angiotensina II é um dos mais potentes vasoconstritores endógenos, enquanto a aldosterona promove a retenção de sódio e água nos rins, ajustando o volume sanguíneo. É essa capacidade dupla e sinérgica que confere ao SRAA um papel preponderante na manutenção do "ponto de ajuste" da pressão arterial em um nível cronicamente elevado. Além disso, a angiotensina II exerce efeitos deletérios diretos sobre o endotélio, promovendo estresse oxidativo e reduzindo a produção de óxido nítrico. Desta forma, a disfunção endotelial (alternativa C) é, em grande parte, uma consequência da ativação inadequada do SRAA (alternativa B), posicionando o SRAA como um mecanismo mais "a montante" ou fundamental no processo. A preponderância deste sistema é ainda evidenciada pelo sucesso terapêutico e pela posição de destaque dos inibidores do SRAA (IECAs e BRAs) como fármacos de primeira linha no tratamento da hipertensão.

Portanto, a questão não apresenta ambiguidade, mas exige do candidato a capacidade de hierarquizar os diferentes mecanismos fisiopatológicos. Enquanto a disfunção endotelial é um mecanismo efetor crucial no nível vascular, o SRAA representa o sistema regulador neuro-hormonal mais abrangente e poderoso na manutenção crônica da hipertensão essencial. A alternativa (B) é, assim, a mais completa e precisa.

Fonte: BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. HALL, J. E. et al. The Kidney and Long-Term Regulation of Arterial Pressure. In: *Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology*. 14th ed. Philadelphia, PA: Elsevier, 2021. p. 231-246. LONGO, D. L. et al. (Eds.). Hypertensive Vascular Disease. In: *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 20th ed. New York, NY: McGraw-Hill Education, 2018.

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**