



Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

LEGISLAÇÃO MAPEADA

~~EXTREME~~

EBSERH

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

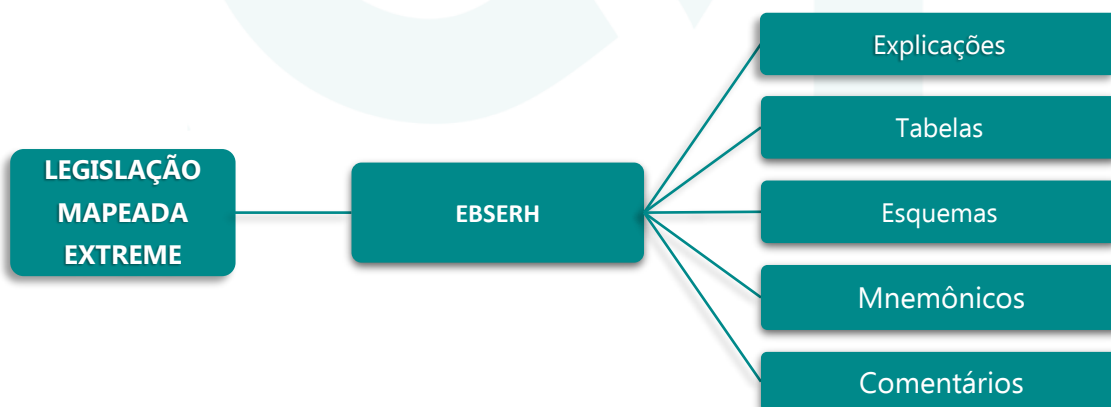
Seja muito bem-vindo!

Olá, futuro aprovado no concurso da **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH!**

Você acaba de baixar a **amostra** do **Legislação Mapeada Extreme** para o concurso da **EBSEH!**

Não sei se você sabe, mas **95% das questões** de direito são baseadas na letra da lei. Nosso material é cuidadosamente elaborado, destacando títulos, marcando pontos importantes e oferecendo explicações detalhadas para **fortalecer** o seu entendimento.

O **Legislação Mapeada Extreme** é um material que contempla os principais assuntos da legislação do Edital com esquemas, mnemônicos, comentários e explicações. Com ele você é capaz de compreender os principais pontos da legislação de maneira facilitada e organizada.



Lembre-se de ficar atento(a) às novidades legislativas, pois a banca pode surpreender, mas não se preocupe, estamos aqui para descomplicar tudo. A **leitura da lei** é a chave para sua aprovação, e nossa análise estatística mostra que a maioria esmagadora das questões de direito são resolvidas com a lei seca.

[Clique aqui para conhecer o material completo](#)

No material completo, para o cargo de **Clínica Médica**, você terá acesso as seguintes disciplinas:

Dia	Disciplina
Dia 1	Língua Portuguesa
Dia 2	Legislação EBSEH - Aula 1
Dia 3	Legislação EBSEH - Aula 2
Dia 4	Políticas Públicas de Saúde e Educação - Aula 1
Dia 5	Políticas Públicas de Saúde e Educação - Aula 2
Dia 6	Conhecimentos Específicos - Aula 1
Dia 7	Conhecimentos Específicos - Aula 2

No material completo, para o cargo de **Medicina de Emergência**, você terá acesso as seguintes disciplinas:

Dia	Disciplina
Dia 1	Língua Portuguesa
Dia 2	Legislação EBSEH - Aula 1
Dia 3	Legislação EBSEH - Aula 2
Dia 4	Políticas Públicas de Saúde e Educação - Aula 1
Dia 5	Políticas Públicas de Saúde e Educação - Aula 2
Dia 6	Conhecimentos Específicos - Aula 1
Dia 7	Conhecimentos Específicos - Aula 2

Mas antes veja só o depoimento de um dos nossos alunos que foi aprovado recentemente no tão disputado concurso do INSS:

[Clique aqui para conhecer o material completo](#)



Caso tenha qualquer dúvida, você pode entrar em contato conosco enviando seus questionamentos para o suporte: suporte@cadernomapeado.com.br e [WhatsApp](#).

[Clique aqui para ter acesso ao material completo](#)

Bons Estudos!

Rumo à aprovação!!

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO

LEI Nº 8.142 DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

1) Introdução

A Lei nº 8.142/1990 é um componente essencial da legislação que estrutura o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Promulgada em 28 de dezembro de 1990, essa lei desempenha um papel fundamental na organização e na operação do sistema de saúde no país. Ela estabelece diretrizes e mecanismos específicos para a participação da sociedade na gestão da saúde, bem como para o financiamento e a fiscalização das ações de saúde no Brasil.

2) Artigos da Lei 8.142/90

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O Presidente da República, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde;

II - o Conselho de Saúde.

Comentário:

O Sistema Único de Saúde (SUS) contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

a Conferência de Saúde;

o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

[Clique aqui para conhecer o material completo](#)

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Comentário:

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo. (Vide Lei nº 8.080, de 1990)

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

DECRETO PRESIDENCIAL Nº 7.508/11

1) Introdução

O Decreto Presidencial Nº 7.508/11 é uma importante legislação brasileira que estabelece as diretrizes para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no país. Promulgado em 28 de junho de 2011, esse decreto representa um marco significativo na saúde pública brasileira, uma vez que busca regular a estruturação, o funcionamento e o financiamento do sistema de saúde do Brasil, visando a garantir o acesso universal e igualitário a serviços de saúde de qualidade para toda a população.

Neste contexto, o Decreto 7.508/11 estabelece os princípios e as diretrizes para a atenção à saúde no país, promovendo a descentralização das ações e serviços de saúde, a regionalização da assistência, e a participação da sociedade na gestão do SUS. Esta legislação é fundamental para a consolidação do sistema de saúde brasileiro e tem implicações significativas na vida e bem-estar de milhões de cidadãos em todo o país.

2) Artigos do Decreto Presidencial nº 7.508/11

Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Capítulo I: Das disposições preliminares

Art. 1º Este Decreto regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

[Clique aqui para conhecer o material completo](#)

III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

Capítulo II: Da organização do SUS

Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

Seção I: Das Regiões de Saúde

Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30.

§ 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

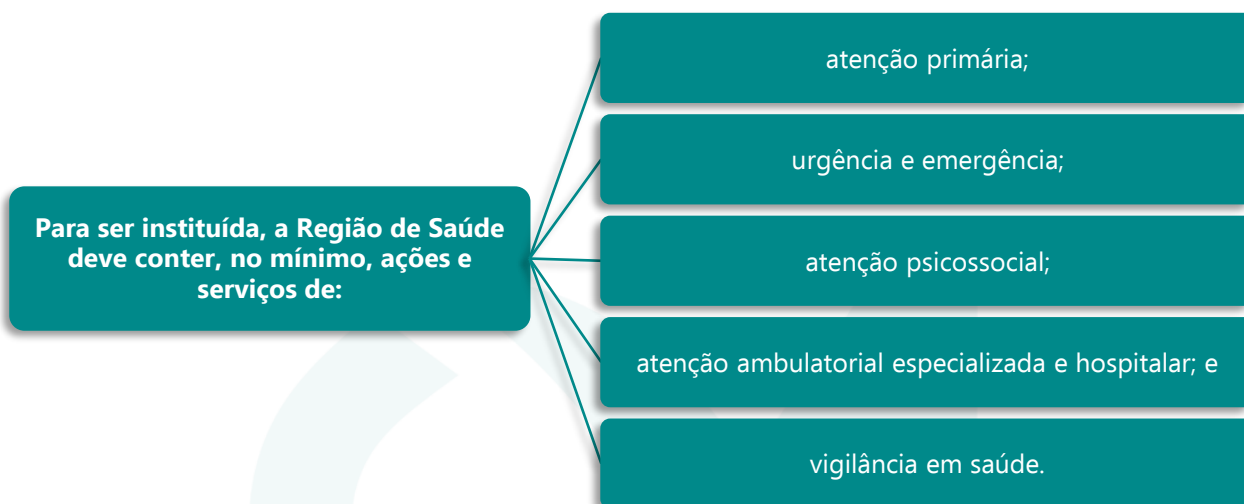
§ 2º A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

I - atenção primária;

- II** - urgência e emergência;
- III** - atenção psicossocial;
- IV** - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- V** - vigilância em saúde.

Comentário:



Parágrafo único. A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.

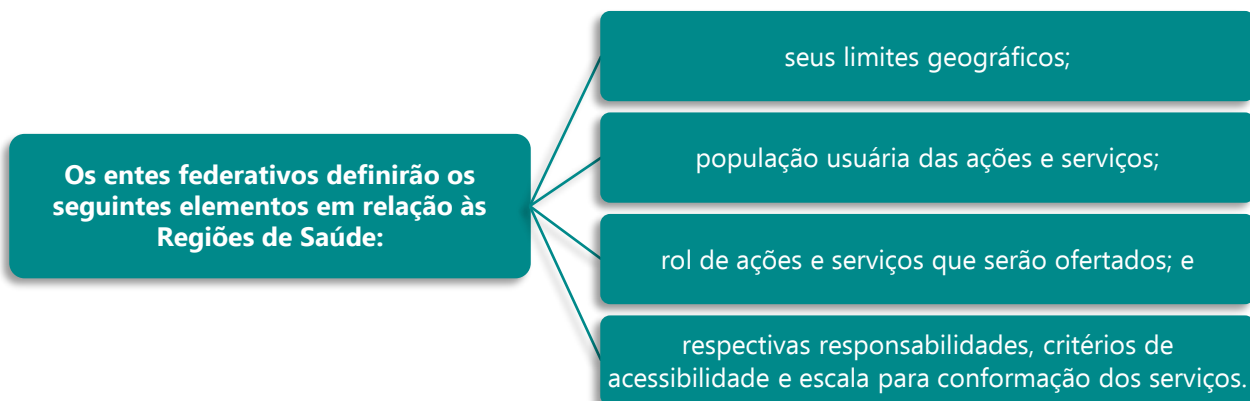
Art. 6º As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Art. 7º As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores .

Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

- I** - seus limites geográficos;
- II** - população usuária das ações e serviços;
- III** - rol de ações e serviços que serão ofertados; e
- IV** - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Comentário:



Seção II: Da Hierarquização

Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I** - de atenção primária;
- II** - de atenção de urgência e emergência;
- III** - de atenção psicossocial; e
- IV** - especiais de acesso aberto.

Comentário:



Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.

Art. 10. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º.

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. A população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.

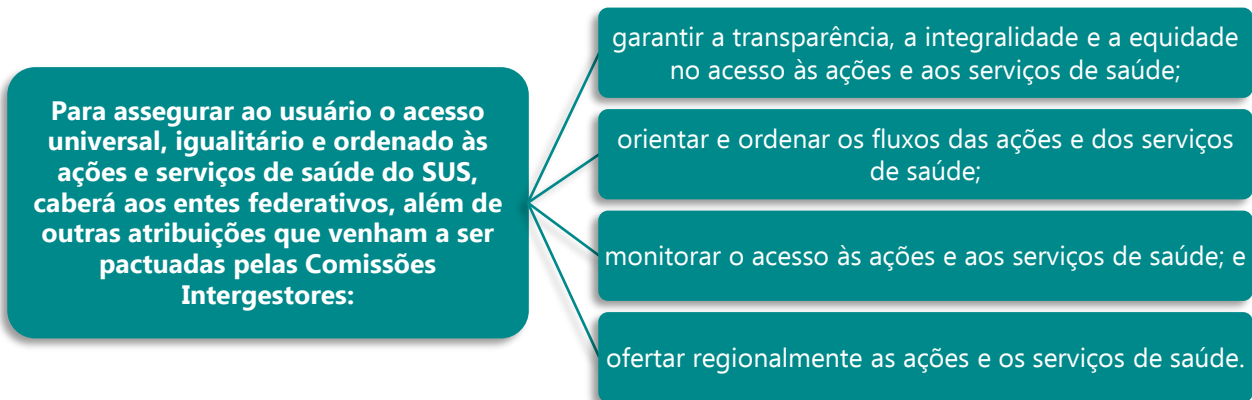
Art. 12. Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

Parágrafo único. As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação.

Art. 13. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

- I** - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;
- II** - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;
- III** - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e
- IV** - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Comentário:



Art. 14. O Ministério da Saúde disporá sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os entes federativos no cumprimento das atribuições previstas no art. 13.

Capítulo III: Do planejamento da saúde

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§ 2º A compatibilização de que trata o caput será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

[Clique aqui para conhecer o material completo](#)

Art. 19. Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

Capítulo IV: Da assistência à saúde

Art. 20. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

Seção I: Da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES

Art. 21. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

Art. 22. O Ministério da Saúde disporá sobre a RENASES em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES.

Art. 23. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES.

Art. 24. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Seção II: Da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME

Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações: (Redação dada pelo Decreto nº 11.161, de 2022)

I - da RENAME, a cada dois anos, e disponibilizará, nesse prazo, a lista de tecnologias incorporadas, excluídas e alteradas pela CONITEC e com a responsabilidade de financiamento pactuada de forma tripartite, até que haja a consolidação da referida lista;

II - do FTN, à medida que sejam identificadas novas evidências sobre as tecnologias constantes na RENAME vigente; e

III - de protocolos clínicos ou de diretrizes terapêuticas, quando da incorporação, alteração ou exclusão de tecnologias em saúde no SUS e da existência de novos estudos e evidências científicas identificados a partir de revisões periódicas da literatura relacionada aos seus objetos.

Art. 27. O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

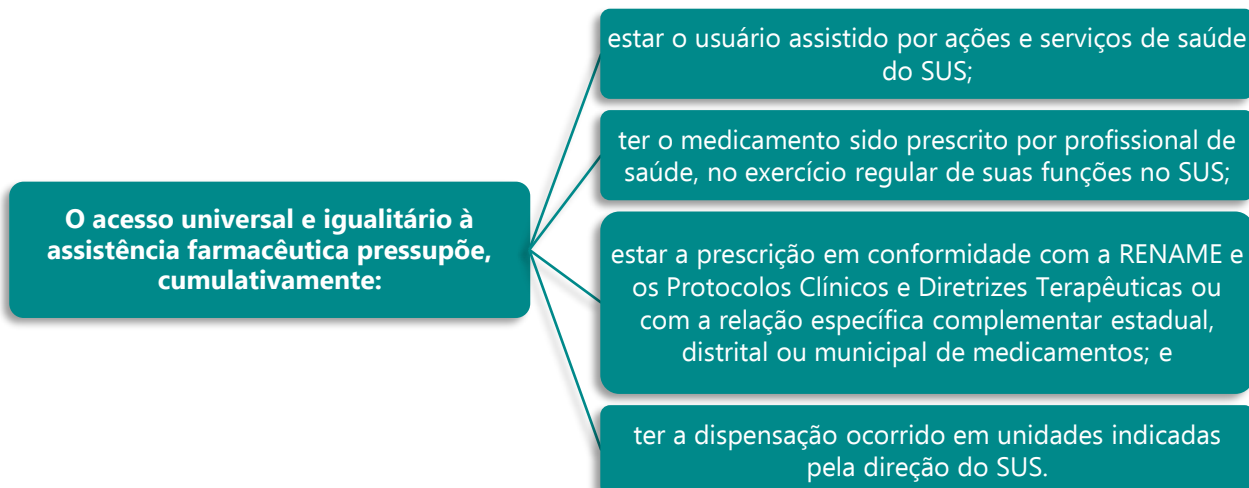
I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

Comentário:



§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

Art. 29. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

Capítulo V: Da articulação interfederativa

Seção I: Das Comissões Intergestores

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Comentário:

As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Art. 31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES;

II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

Comentário:

Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

das diretrizes gerais para a composição da RENASES;

dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

Seção II: Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Art. 33. O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

Art. 34. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Parágrafo único. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

§ 2º O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Art. 36. O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterà as seguintes disposições essenciais:

I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais;

II - oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;

III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;

IV - indicadores e metas de saúde;

V - estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;

VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;

VII - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;

VIII - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e

IX - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

Art. 37. O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa

I - estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;

II - apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e

III - publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

Comentário:

O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa

estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos ser-viços, como ferramenta de sua melhoria;

apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e

publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

Art. 38. A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

Art. 39. As normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde serão pactuados pelo CIT, cabendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação.

Art. 40. O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

§ 1º O Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conterà seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

§ 2º O disposto neste artigo será implementado em conformidade com as demais formas de controle e fiscalização previstas em Lei.

Art. 41. Aos partícipes caberá monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, em relação ao cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho e à aplicação dos recursos disponibilizados.

Parágrafo único. Os partícipes incluirão dados sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde no sistema de informações em saúde organizado pelo Ministério da Saúde e os encaminhará ao respectivo Conselho de Saúde para monitoramento.

Capítulo VI: Das disposições finais

Art. 42. Sem prejuízo das outras providências legais, o Ministério da Saúde informará aos órgãos de controle interno e externo:

[Clique aqui para conhecer o material completo](#)

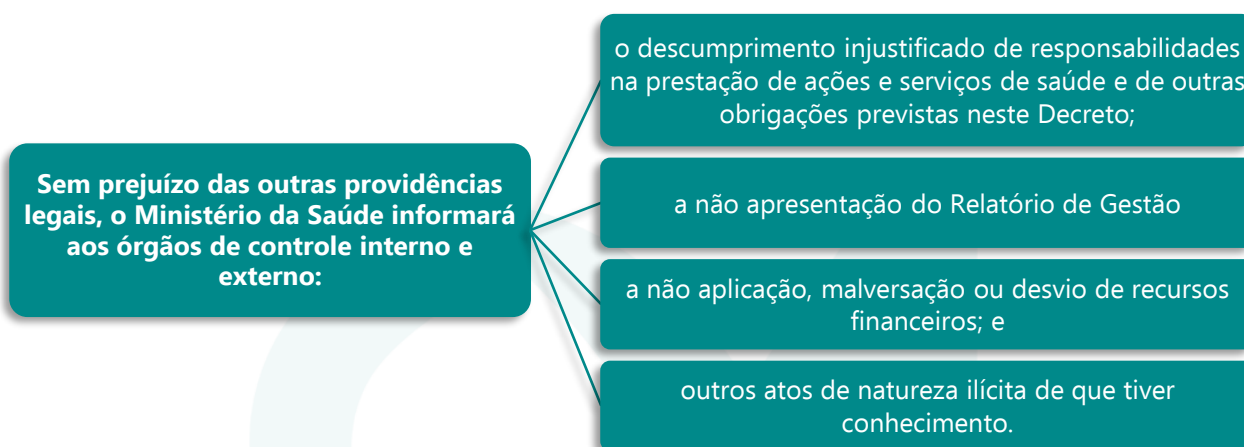
I - o descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas neste Decreto;

II - a não apresentação do Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei no 8.142, de 1990;

III - a não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros; e

IV - outros atos de natureza ilícita de que tiver conhecimento.

Comentário:



Art. 43. A primeira RENASES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação deste Decreto são ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta.

Art. 44. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes de que trata o § 3º do art. 15 no prazo de cento e oitenta dias a partir da publicação deste Decreto.

Art. 45. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

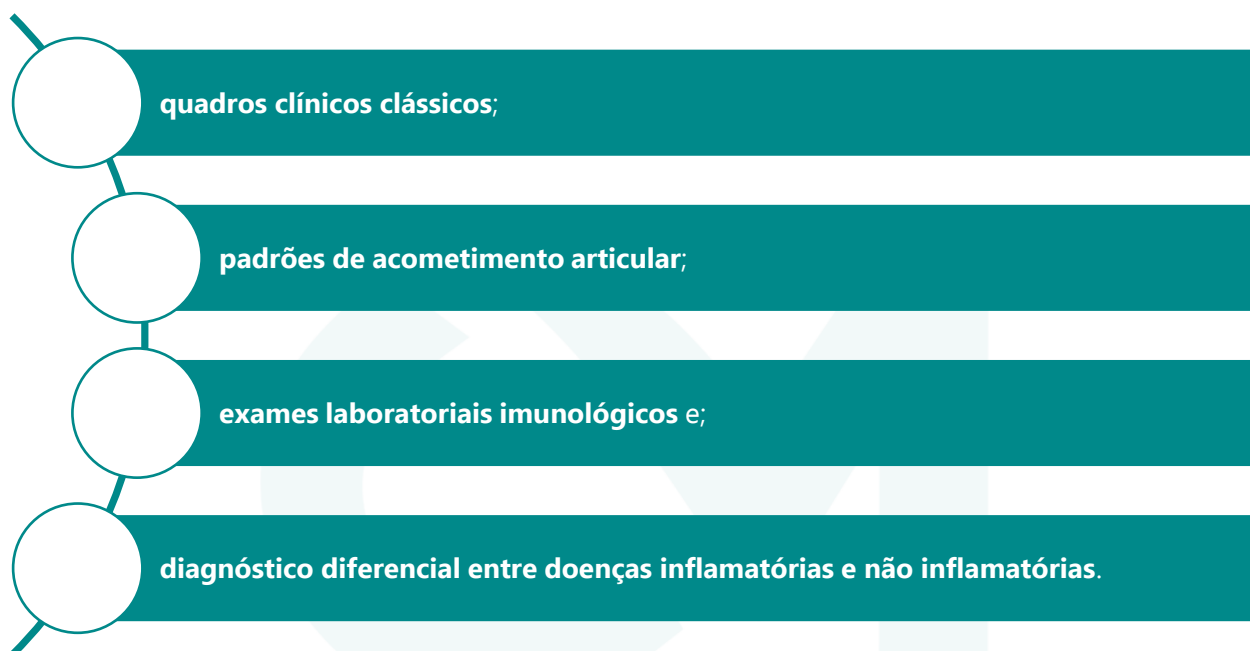
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DE CLÍNICA MÉDICA

DOENÇAS REUMÁTICAS: ARTRITE REUMATÓIDE, ESPONDILOARTROPATIAS E GOTA.

1) Introdução

As doenças reumáticas compreendem um amplo grupo de condições inflamatórias e degenerativas que afetam articulações, ossos, músculos e tecidos conjuntivos. No **contexto da Clínica Médica**, essas doenças são responsáveis por importante impacto funcional, dor crônica, incapacidade laboral e aumento da demanda por serviços de saúde.

Nos concursos da EBSERH, as doenças reumáticas são frequentemente cobradas por meio de:



A correta interpretação desses elementos é essencial para o acerto das questões.

Dentre as doenças reumáticas mais relevantes para a prática clínica e para concursos públicos destacam-se a **artrite reumatoide, as espondiloartropatias e a gota**, cada uma com mecanismos fisiopatológicos, manifestações clínicas e abordagens terapêuticas distintas.

2) Artrite Reumatoide – Conceitos e Fisiopatologia

A artrite **reumatoide é uma doença inflamatória crônica, sistêmica e autoimune**, caracterizada por inflamação persistente da membrana sinovial, levando à destruição progressiva das articulações. Trata-se de condição de elevada morbidade, com potencial para causar deformidades articulares irreversíveis quando não tratada adequadamente.

Do ponto de vista fisiopatológico, ocorre ativação anormal do sistema imunológico, com produção de autoanticorpos e liberação de citocinas inflamatórias, como TNF-alfa e interleucinas, que promovem proliferação sinovial e erosão óssea.

Características gerais da artrite reumatoide

ASPECTO	CARACTERÍSTICA
Natureza	Autoimune
Curso	Crônico e progressivo
Sexo	Predomínio feminino
Pico etário	30–50 anos



Tome nota!

A artrite reumatoide é doença sistêmica, não apenas articular.

3) Manifestações Clínicas Da Artrite Reumatoide

Clinicamente, a **artrite reumatoide caracteriza-se por um padrão inflamatório de acometimento articular**. O quadro clássico envolve poliartrite simétrica, com predomínio de articulações periféricas.

Os **sintomas iniciais costumam incluir dor articular, edema, rigidez matinal prolongada e limitação funcional**. A rigidez matinal com duração superior a uma hora é um achado típico e altamente sugestivo de doença inflamatória.

Padrão articular na artrite reumatoide

CARACTERÍSTICA	DESCRIÇÃO
Número de articulações	Poliartrite
Simetria	Simétrica
Articulações acometidas	Mãos, punhos, pés
Rigidez matinal	> 60 minutos

[Clique aqui para conhecer o material completo](#)

Com a progressão da doença, **podem surgir deformidades articulares clássicas**, como desvio ulnar dos dedos, pescoço de cisne e botoeira, refletindo dano estrutural irreversível.

Além das manifestações articulares, a artrite reumatoide pode cursar com manifestações extra-articulares, como fadiga, nódulos reumatoides, acometimento pulmonar, cardíaco e ocular.

4) Diagnóstico Da Artrite Reumatoide

O **diagnóstico da artrite reumatoide é clínico-laboratorial**, baseado na associação entre sintomas típicos, achados físicos, exames laboratoriais e exames de imagem. Não existe um único exame isolado capaz de confirmar ou excluir o diagnóstico.

Principais exames laboratoriais na artrite reumatoide

EXAME	SIGNIFICADO
Fator reumatoide	Autoanticorpo clássico
Anti-CCP	Alta especificidade
VHS	Atividade inflamatória
PCR	Atividade inflamatória

Os exames de imagem, **especialmente radiografia e ultrassonografia**, auxiliam na avaliação do dano articular e da atividade inflamatória.

5) Tratamento Da Artrite Reumatoide – Princípios Gerais

O tratamento da artrite reumatoide deve ser iniciado precocemente, com o objetivo de controlar a inflamação, prevenir dano articular e preservar a função. A abordagem é baseada no uso de medicamentos modificadores do curso da doença.

Classes de medicamentos utilizados na artrite reumatoide

CLASSE	EXEMPLO
DMARD sintético	Metotrexato
Corticoide	Prednisona

[Clique aqui para conhecer o material completo](#)

Biológicos	Anti-TNF
AINEs	Sintomáticos

Para a sua prova, lembre-se que a **artrite reumatoide é uma doença inflamatória crônica, sistêmica e autoimune**, caracterizada por poliartrite simétrica, rigidez matinal prolongada e potencial destrutivo articular. O diagnóstico é clínico-laboratorial, com destaque para o anti-CCP, e o tratamento deve ser iniciado precocemente, tendo o metotrexato como droga de primeira linha.

8) Espondiloartropatias – Conceito Geral

As **espondiloartropatias constituem um grupo de doenças inflamatórias crônicas** que compartilham características clínicas, genéticas e radiológicas comuns. Diferenciam-se da artrite reumatoide principalmente pelo padrão de acometimento axial, pela ausência do fator reumatoide e pela associação frequente com o antígeno HLA-B27.

Do ponto de vista clínico, essas doenças afetam preferencialmente a coluna vertebral, as articulações sacroilíacas e as enteses, locais de inserção de tendões e ligamentos nos ossos. O reconhecimento desse padrão é fundamental para o diagnóstico diferencial em provas.

Características comuns das espondiloartropatias

CARACTERÍSTICA	DESCRIÇÃO
Fator reumatoide	Negativo
Acometimento	Axial e entesites
Associação genética	HLA-B27
Rigidez matinal	Presente
Manifestações extra-articulares	Frequentes

9) Espondilite Anquilosante

A **espondilite anquilosante** é a principal representante das espondiloartropatias e caracteriza-se por inflamação crônica da coluna vertebral e das articulações sacroilíacas. O início ocorre tipicamente em adultos jovens, com predomínio no sexo masculino.

[Clique aqui para conhecer o material completo](#)

A fisiopatologia envolve inflamação crônica das enteses e articulações axiais, levando progressivamente à ossificação e à anquilose, com perda da mobilidade da coluna.

Manifestações clínicas da espondilite anquilosante

MANIFESTAÇÃO	CARACTERÍSTICA
Dor lombar	Inflamatória
Rigidez matinal	> 30 minutos
Melhora com exercício	Sim
Piora com repouso	Sim
Expansibilidade torácica	Reduzida

Radiologicamente, observa-se sacroileíte bilateral e, em fases avançadas, a clássica imagem de “coluna em bambu”.

10) Artrite Psoriásica

A **artrite psoriásica** é uma doença inflamatória associada à **psoríase cutânea**, podendo preceder, acompanhar ou surgir após as lesões de pele. Apresenta grande variabilidade clínica, o que frequentemente gera **confusão diagnóstica**.

Pode acometer tanto articulações periféricas quanto a coluna vertebral, além de causar entesites e dactilite, conhecida como “dedo em salsicha”.

Padrões clínicos da artrite psoriásica

PADRÃO	CARACTERÍSTICA
Oligoarticular	Assimétrica
Poliarticular	Semelhante à AR
Distal	Interfalangianas distais

[Clique aqui para conhecer o material completo](#)

Axial	Coluna
Mutilante	Grave e destrutiva

11) Artrite Reativa

A **artrite reativa surge após infecção geniturinária ou gastrointestinal**, sendo classicamente associada a agentes como Chlamydia, Salmonella e Shigella. O quadro articular não resulta da presença direta do agente infeccioso na articulação, mas de uma resposta imunológica exacerbada.

Clinicamente, manifesta-se por artrite assimétrica de membros inferiores, associada a entesites e manifestações extra-articulares.

Tríade clássica da artrite reativa

ELEMENTO	MANIFESTAÇÃO
Articular	Artrite
Ocular	Conjuntivite
Geniturinário	Uretrite

12) Espondiloartropatia Enteropática

A **espondiloartropatia enteropática** está associada às doenças inflamatórias intestinais, como retocolite ulcerativa e doença de Crohn. Pode cursar com manifestações articulares periféricas ou axiais.

A atividade articular pode ou não acompanhar a atividade da doença intestinal, o que é frequentemente explorado em questões de prova.

Associação entre doença intestinal e manifestação articular

TIPO DE ARTRITE	RELAÇÃO COM ATIVIDADE INTESTINAL
Periférica	Geralmente acompanha
Axial	Independente

13) Diagnóstico Das Espondiloartropatias

O diagnóstico baseia-se na combinação de dados clínicos, laboratoriais e radiológicos. Não existe exame isolado diagnóstico.

Exames auxiliares no diagnóstico

EXAME	UTILIDADE
HLA-B27	Apoio diagnóstico
VHS e PCR	Atividade inflamatória
Radiografia	Alterações estruturais
Ressonância	Inflamação precoce

As **espondiloartropatias caracterizam-se por acometimento axial, entesites e associação** com HLA-B27. A espondilite anquilosante apresenta dor lombar inflamatória típica, enquanto a artrite psoriásica destaca-se pela diversidade de padrões articulares e pela associação com psoríase.

16) Gota – Conceito E Fisiopatologia

A **gota é uma doença inflamatória metabólica caracterizada pelo depósito de cristais de monourato** de sódio nas articulações e em tecidos periarticulares, decorrente de hiperuricemia persistente. Trata-se de uma das causas mais comuns de artrite inflamatória em adultos, com predomínio no sexo masculino.

Do ponto de vista fisiopatológico, a hiperuricemia resulta do desequilíbrio entre produção e excreção de ácido úrico. Na maioria dos casos, o problema central não é o excesso de produção, mas a **redução da excreção renal de urato**. Quando a concentração sérica ultrapassa o limite de solubilidade, ocorre precipitação de cristais, desencadeando intensa resposta inflamatória.

17) Hiperuricemia – Causas e Classificação

A hiperuricemia pode ser primária ou secundária, sendo fundamental reconhecer os fatores associados para manejo adequado.

CAUSAS DE HIPERURICEMIA

TIPO

CAUSAS

[Clique aqui para conhecer o material completo](#)

Primária	Genética, redução da excreção renal
Secundária	Insuficiência renal, diuréticos
Aumento da produção	Neoplasias, lise tumoral
Redução da excreção	DRC, uso de tiazídicos

18) Gota Aguda – Quadro Clínico

A gota aguda manifesta-se por crise de artrite inflamatória intensa, geralmente de início súbito, com dor, edema, calor e rubor articular. O padrão clássico é de **monoartrite**, acometendo preferencialmente articulações periféricas.

A articulação mais frequentemente acometida é a **primeira metatarsofalângica**, quadro conhecido como **podagra**. Outros locais comuns incluem tornozelos, joelhos, punhos e cotovelos.

Características da crise aguda de gota

CARACTERÍSTICA	DESCRIÇÃO
Início	Súbito
Número de articulações	Monoarticular
Dor	Intensa
Local clássico	1ª metatarsofalângica
Fatores precipitantes	Álcool, cirurgia, jejum

19) Diagnóstico da Gota

O diagnóstico definitivo da gota é feito pela identificação de cristais de monourato de sódio no líquido sinovial. Contudo, em provas, o diagnóstico costuma ser inferido pelo quadro clínico típico associado a hiperuricemia.

Características dos cristais na gota

[Clique aqui para conhecer o material completo](#)

CARACTERÍSTICA	DESCRIÇÃO
Forma	Agulhada
Birrefringência	Negativa
Localização	Líquido sinovial

É importante ressaltar que **durante a crise aguda, o nível sérico de ácido úrico pode estar normal**, o que representa uma armadilha frequente em provas.

20) Diagnóstico Diferencial da Gota

A gota deve ser diferenciada de outras causas de artrite aguda, especialmente artrite séptica e pseudogota.

Diagnóstico diferencial das artrites cristalinas

CARACTERÍSTICA	GOTA	PSEUDOGOTA
Cristal	Urato	Pirofosfato
Forma	Agulhada	Romboide
Birrefringência	Negativa	Positiva
Articulação comum	1ª MTF	Joelho

 **Importante!**

Toda monoartrite aguda deve excluir artrite séptica.

21) Gota Crônica e Tofo Gotoso

A gota crônica ocorre em pacientes com hiperuricemia persistente e crises recorrentes não tratadas adequadamente. Caracteriza-se pelo depósito de cristais em tecidos moles, formando os **tofos gotosos**.

[Clique aqui para conhecer o material completo](#)

Clinicamente, os tofos aparecem como nódulos firmes, geralmente indolores, localizados em orelhas, cotovelos, dedos e tendões. A gota crônica pode levar a deformidades articulares e limitação funcional significativa.

Características da gota crônica

ASPECTO	DESCRIÇÃO
Crises	Recorrentes
Articulações	Múltiplas
Tofos	Presentes
Dano articular	Progressivo

22) Tratamento da crise aguda de gota

O tratamento da crise aguda visa controlar a inflamação e aliviar a dor, devendo ser iniciado o mais precocemente possível. As principais opções terapêuticas incluem anti-inflamatórios, colchicina e corticoides.

Tratamento da crise aguda de gota

OPÇÃO	OBSERVAÇÃO
AINEs	Primeira linha
Colchicina	Uso precoce
Corticoides	Alternativa segura

23) Tratamento da Gota Crônica

O tratamento da gota crônica visa reduzir os níveis séricos de ácido úrico, prevenindo novas crises e a formação de tofos. O **alopurinol é o fármaco mais utilizado**.

Fármacos redutores de ácido úrico

FÁRMACO	MECANISMO
---------	-----------

[Clique aqui para conhecer o material completo](#)

Alopurinol	Inibe xantina oxidase
Febuxostate	Inibe xantina oxidase
Uricosúricos	Aumentam excreção

A **gota é uma artrite inflamatória metabólica** causada pelo depósito de cristais de urato, geralmente associada à hipoxcreção renal de ácido úrico.

A **crise aguda caracteriza-se por monoartrite intensa**, frequentemente acometendo a primeira metatarsfalângica.

O **diagnóstico pode ser clínico**, mas a confirmação ocorre pela identificação de cristais no líquido sinovial. O tratamento envolve controle da crise aguda e, posteriormente, redução sustentada do ácido úrico para prevenção de recorrências e complicações crônicas.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA

SÍNDROMES HEMORRÁGICAS AGUDAS

1) Introdução

Síndromes hemorrágicas agudas correspondem a quadros de sangramento que se instalam de forma súbita ou rapidamente progressiva, com risco variável de instabilidade hemodinâmica, choque hemorrágico, hipóxia tecidual e morte. Na emergência, a abordagem deve ser simultaneamente **sindrômica e etiológica**, pois a prioridade é conter a hemorragia e preservar perfusão, ao mesmo tempo em que se identifica a origem do sangramento e se corrige a coagulopatia associada.

Na prática do pronto-socorro, essas síndromes aparecem em contextos como hemorragia digestiva, sangramentos ginecológicos, epistaxe grave, hemoptise maciça, sangramentos pós-operatórios, trauma oculto, complicações de anticoagulantes e coagulopatias (incluindo trombocitopenias, insuficiência hepática e coagulação intravascular disseminada). Em prova, a banca costuma cobrar o que fazer primeiro, como diferenciar causas prováveis e quais medidas salvam vida.

[Clique aqui para conhecer o material completo](#)

2) Abordagem Inicial do paciente com hemorragia – prioridades da emergência

A abordagem deve seguir uma lógica de emergência: estabilização imediata e identificação do foco hemorrágico. O método ABCDE é útil, mas aqui o componente **C (circulação)** ganha destaque absoluto, junto ao controle de sangramento e prevenção de coagulopatia.

→ **Condutas imediatas (“primeiros 5 a 10 minutos”)**

MEDIDA	OBJETIVO PRÁTICO
Avaliar via aérea e risco de aspiração	Prevenir insuficiência respiratória
Oxigênio e monitorização (ECG, SatO ₂ , PA)	Detectar deterioração
Dois acessos venosos calibrosos (ou intraósseo)	Reposição e transfusão rápida
Coleta de exames iniciais	Identificar coagulopatia/anemia
Tipagem e prova cruzada	Preparar hemocomponentes
Controle do sangramento externo	Hemostasia imediata
Aquecimento do paciente e fluidos	Evitar hipotermia e coagulopatia

3) Reconhecimento de gravidade – sangramento grave e choque hemorrágico

Hemorragia pode ser “grande” mesmo sem sangramento visível. Na emergência, é essencial reconhecer sinais precoces de choque e hipoperfusão. Vejamos:

→ **Sinais clínicos de choque hemorrágico**

ACHADO	INTERPRETAÇÃO NA PRÁTICA
Taquicardia	Compensação inicial
Pele fria e sudorese	Vasoconstrição periférica
Tempo de enchimento capilar prolongado	Hipoperfusão

[Clique aqui para conhecer o material completo](#)

Oligúria	Choque instalado
Rebaixamento do sensorio	Hipoperfusão cerebral
Hipotensão	Sinal tardio em muitos casos

4) Exames iniciais essenciais na hemorragia aguda

Os exames devem ser colhidos rapidamente, sem atrasar reanimação. O objetivo é detectar anemia, avaliar coagulação, identificar causa e guiar transfusão.

→ Exames iniciais recomendados

EXAME	O QUE RESPONDE
Hemograma	Hb/Ht e plaquetas
TP/INR e TTPa	Coagulação e anticoagulantes
Fibrinogênio	Consumo/coagulopatia
Gasometria e lactato	Hipoperfusão e gravidade
Função renal e eletrólitos	Complicações e ajuste terapêutico
Grupo sanguíneo e prova cruzada	Transfusão segura

5) Reposição Volêmica E Estratégia Transfusional – Conceitos-Chave

Em hemorragia importante, a reposição exclusiva com cristalóides pode agravar hemodiluição, hipotermia e coagulopatia. A tendência atual em hemorragias graves é adotar reanimação hemostática: transfundir precocemente quando indicado, tratando simultaneamente a coagulopatia.

→ Comparação prática: cristalóides vs hemocomponentes

ASPECTO	CRISTALÓIDES	HEMOCOMPONENTES
Benefício	Rápido acesso	Reposição efetiva de oxigênio/coagulação

[Clique aqui para conhecer o material completo](#)

Risco	Hemodiluição, edema	Reações transfusionais
Papel	Ponte inicial	Tratamento de sangramento grave

6) Coagulopatia na hemorragia aguda

Na emergência, três fatores se retroalimentam e pioram a mortalidade: **hipotermia, acidose e coagulopatia**. Esse conjunto é frequentemente lembrado como “tríade letal” em sangramentos graves.

→ **Tríade que agrava hemorragia**

FATOR	EFEITO
Hipotermia	Inibe coagulação
Acidose	Reduz atividade enzimática
Coagulopatia	Aumenta sangramento

7) Principais causas de síndrome hemorrágica aguda na emergência

A etiologia orienta o foco de investigação e a conduta definitiva.

→ **Causas comuns por cenário clínico**

CENÁRIO	CAUSAS PROVÁVEIS
Hemorragia digestiva alta	Úlcera, varizes, Mallory-Weiss
Hemorragia digestiva baixa	Diverticular, angiodisplasia, neoplasia
Hemoptise	TB, bronquiectasias, neoplasia
Sangramento mucocutâneo	Plaquetopenia, disfunção plaquetária
Sangramento difuso	CIVD, insuficiência hepática, anticoagulantes



Tome nota!

[Clique aqui para conhecer o material completo](#)

Sangramento mucocutâneo sugere problema de plaquetas. Sangramento profundo sugere fator de coagulação.

8) Sangramento em uso de anticoagulantes e antiagregantes

Pacientes em uso de anticoagulantes são frequentes na EBSEH. O manejo exige reconhecer gravidade, suspender o fármaco e considerar reversão.

Pistas clínicas e laboratoriais úteis

FÁRMACO	PISTA
Varfarina	INR elevado
Heparina	TTPa alterado
DOACs	Nem sempre alteram INR/TTPa
AAS/Clopidogrel	Plaquetas normais, mas função alterada

9) Condutas direcionadas por tipo de sangramento

A conduta é sintomática:

- conter sangramento;
- manter perfusão e;
- encaminhar para terapia definitiva (endoscopia, cirurgia, radiologia intervencionista).

Condutas por tipo de hemorragia

TIPO	CONDUTA IMEDIATA
Sangramento externo	Compressão, curativo compressivo
Suspeita de hemorragia interna	Estabilização + imagem conforme estabilidade
Hematemese/melena	Estabilizar + endoscopia conforme gravidade
Hemoptise maciça	Proteger via aérea + controle de foco

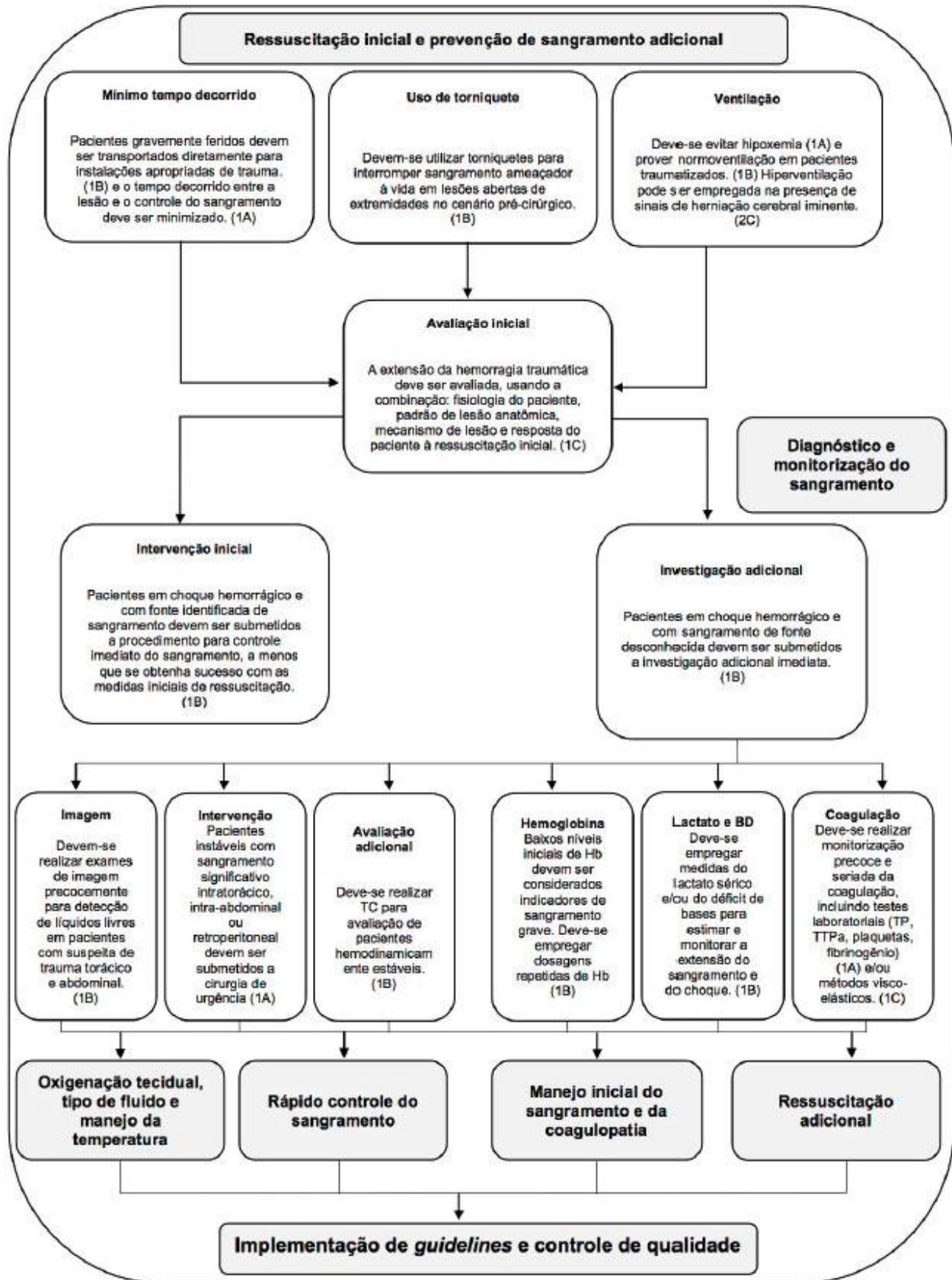
[Clique aqui para conhecer o material completo](#)

Sangramento difuso/coagulopatia

Corrigir coagulopatia + tratar causa

10.1 Choque Hemorrágico

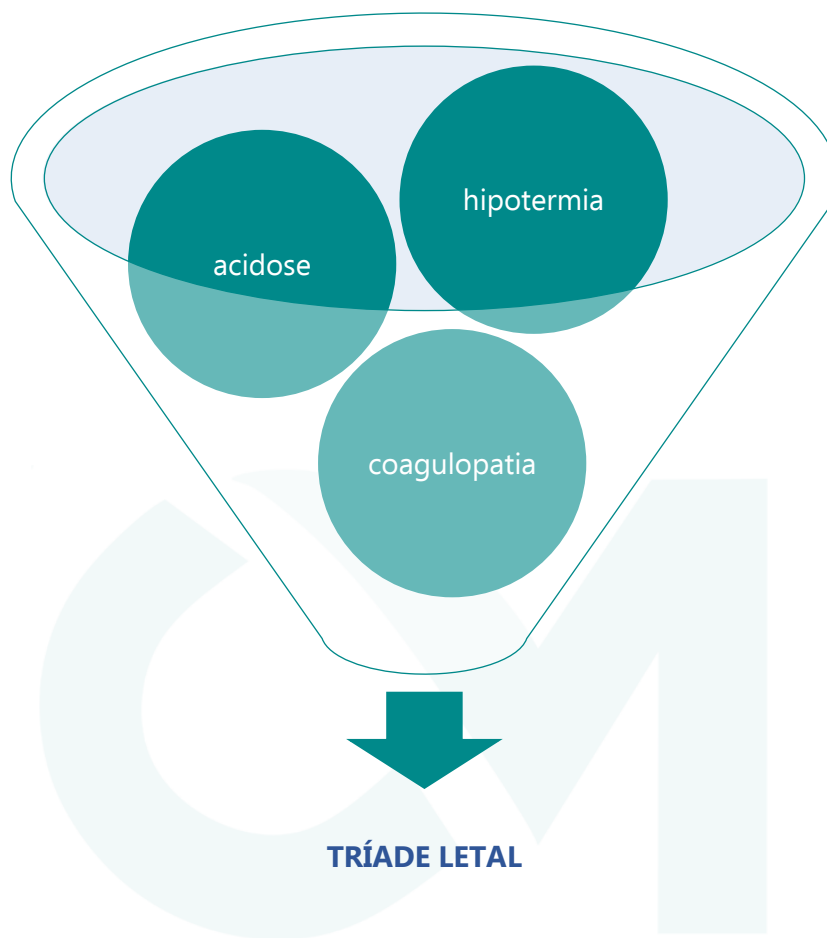


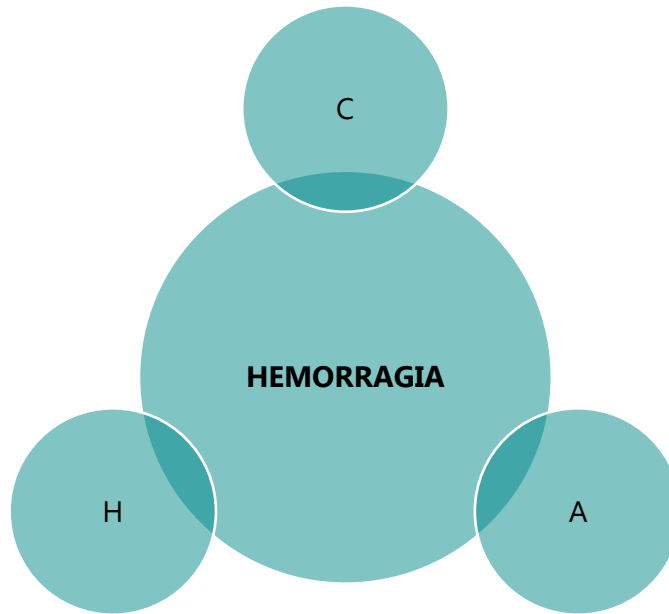


[Clique aqui para conhecer o material completo](#)

Esses **esquemas ajudam a fixar o reconhecimento precoce de choque hemorrágico e a sequência prática de estabilização**. O ponto central é compreender que hipotensão pode ser tardia, e que hipoperfusão deve ser identificada por sinais periféricos e alterações do estado mental.

10.2 Tríade que piora sangramento: hipotermia, acidose e coagulopatia





A tríade letal explica por que o sangramento grave evolui rapidamente para falência orgânica quando não se adotam medidas simultâneas: hemostasia, reposição adequada e prevenção de hipotermia.

(Questão 1 – INÉDITA 2026) Em um paciente com suspeita de hemorragia aguda importante, qual achado clínico é mais compatível com choque hemorrágico em fase inicial, antes de hipotensão evidente?

- a) Bradicardia e hipertensão arterial
- b) Taquicardia e pele fria com enchimento capilar lento
- c) Febre alta e rigidez de nuca
- d) Edema periférico com ganho ponderal
- e) Dor torácica típica com supra de ST

Gabarito: b)

 **Comentário:**

- a) Errada. Bradicardia e hipertensão não representam padrão inicial de choque hemorrágico.
- b) Correta. Taquicardia, pele fria e enchimento capilar lento indicam vasoconstrição e hipoperfusão.
- c) Errada. Sugere quadro neurológico/infeccioso, não choque hemorrágico.

[Clique aqui para conhecer o material completo](#)

d) Errada. Edema sugere congestão/hipervolemia.

e) Errada. Quadro típico de síndrome coronariana aguda.

Síndromes hemorrágicas agudas exigem abordagem imediata e sistematizada, com prioridade para estabilização, acesso vascular, exames essenciais, preparo para transfusão e controle do foco hemorrágico. A gravidade nem sempre se traduz por hipotensão precoce, sendo crucial reconhecer sinais de hipoperfusão.

A **tríade hipotermia-acidose-coagulopatia** agrava sangramento e deve ser prevenida e tratada ativamente.

A diferenciação entre sangramento mucocutâneo e profundo ajuda a orientar se o problema é predominantemente plaquetário ou de fatores de coagulação.

Parabéns por ter chegado até aqui.


Futuro(a) aprovado na EBSERH: saiba que, em análise estatística de nossa equipe de professores, verificamos que nas últimas provas da banca e do concurso mais de **95%** das questões de direito são baseadas na letra da Lei. Por isso, um material ponto a ponto do edital, que aborda a legislação em si, irá facilitar e muitooooo o seu estudo.

Não perca essa oportunidade de ter acesso a esse material completo.

Faça sua parte nos estudos e estude de forma estratégica para esse certame, pois isso aumentará muito as suas chances de ser aprovado.

[Clique aqui para ter acesso ao material completo](#)

[Clique aqui para conhecer o material completo](#)



O estudo é a jornada que **transforma esforço em conhecimento e sonhos em realizações.**

Persista, pois cada página virada é um passo mais próximo do seu sucesso!

CM Cursos Online

Bora para cima!

CM